

## 2 Grundlagen

### 2.1 Prävention und Gesundheitsförderung

#### 2.1.1 Definitionen

Eine Fülle von unterschiedlichen Begriffen wird – obwohl in den vergangenen zwei Jahrzehnten eine inhaltliche, konzeptionelle und zielgruppenorientierte Gewichtung und Abgrenzung vorgenommen wurde – immer noch teils synonym verwendet:

- Prävention
- Gesundheitsförderung
- Gesundheitserziehung
- Gesundheitsaufklärung
- Gesundheitsbildung
- Gesundheitsberatung

Unter Prävention wird die Verhütung von Krankheiten verstanden. Üblicherweise wird die Prävention nach dem Zeitpunkt der Intervention dreigeteilt (vgl. Franzkowiak P. 1996, S. 85-86):

1. Die so genannte **primäre Prävention** (Krankheitsverhütung) soll bereits wirksam werden, wenn noch keine Krankheit aufgetreten ist. Dabei wird die Gesundheit gefördert und werden Krankheiten verhütet durch Beseitigung von krankheitsverursachenden Faktoren, Erhöhung der Widerstandskraft und Veränderung von krankheitsverursachenden Umweltfaktoren. Beispiele: Abbau belastender Arbeitsbedingungen, Abbau verhaltensbedingter Risikofaktoren.<sup>3</sup>
2. Bei der **sekundären Prävention** (Krankheitsfrüherkennung) wird versucht, Krankheiten und Risikofaktoren möglichst frühzeitig zu erkennen und zu behandeln bzw. zu beseitigen – so früh, dass noch keine Symptome aufgetreten sind, zum Beispiel mithilfe von Screeninguntersuchungen.
3. Im Mittelpunkt der **tertiären Prävention** (Verhütung der Krankheitsverschlechterung) steht der Patient mit bereits manifester Erkrankung. Bei ihm sollen Rückfälle und/oder eine Verschlechterung der Er-

---

<sup>3</sup> Herbert Feser hat für die Primärprävention auch den Begriff „kausale Prävention“ geprägt, wegen des „Prinzips der Korrespondenz zwischen Verursachung und angewandter Prävention“ (Feser H. 1982, S. 49-57).

krankung verhindert werden. Die tertiäre Prävention überschneidet sich demnach teilweise mit der Rehabilitation.<sup>4</sup>

Das Konzept der **Gesundheitsförderung** ist in den 80er Jahren in den Industriestaaten Europas, Nordamerikas und Australiens entwickelt worden (1977: 30. Weltgesundheitsversammlung in Genf; 1978: Konferenz und Deklaration zur Primären Gesundheitsversorgung in Alma Ata; 1979: Weltgesundheitsversammlung in Genf, Einführung der Globalstrategie „Gesundheit für alle 2000“; 1981 in Berlin: Europäisches Regionalprogramm über Gesundheitserziehung und Lebensweisen; 1986: 1. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa, Verabschiedung der so genannten Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung) und wird noch heute vor allem von der WHO weiterentwickelt. Ziel ist die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen und -bedingungen durch Einbeziehung persönlicher und gesellschaftlicher Faktoren und Maßnahmen. Es sollen also nicht nur individuelle Lebens- und Handlungsfähigkeiten beeinflusst werden, sondern darüber hinaus auch ökonomische, soziale, ökologische, politische und kulturelle Faktoren. Dabei wird die gesamte Bevölkerung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen berücksichtigt, nicht nur spezifische Risikogruppen (vgl. WHO 1984). Betont wird auch, dass die Bevölkerung konkret und wirkungsvoll zu beteiligen ist und dass Gesundheitsförderung primär keine medizinische Dienstleistung, sondern eine Aufgabe im Gesundheits- und Sozialbereich ist. Als wissenschaftliche Disziplin begannen sich parallel dazu in den 80er Jahren die Gesundheitswissenschaften (auf der Grundlage der angloamerikanischen Tradition auch „public health“ genannt) zu entwickeln.

Im Laufe der Jahre sind eine Reihe konkreter Gesundheitsförderungs-Projekte umgesetzt worden, beispielsweise die Programme „Europa gegen den Krebs“ und „Europa gegen Aids“, der Europäische Plan zur Bekämpfung der Drogenabhängigkeit und das Healthy-City-Projekt.

Vor allem die Abgrenzung von Prävention und Gesundheitsförderung wird kontrovers diskutiert. Für Herbert Feser soll die Primärprävention *„die bekannten Ursachen späterer gesundheitlicher Störungen beseitigen oder so beeinflussen, dass gesundheitsrisikante Verhaltensweisen erst gar nicht entstehen. Das beinhaltet Gesundheitserziehung, -bildung und -förderung“* (Feser H. 1990, S. 13). Auch die gegensätzliche Meinung wird vertreten: In einer weiten Definition wird Gesundheitsförderung als Globalziel betrachtet, als *„Ober- und Sammelbegriff für alle nichttherapeutischen Aktivitäten zur Verbesserung der Gesundheit – präventive und rehabilitative Maßnahmen inbegriffen“* (Kaba-Schönstein L. 1996, S. 52; vgl. auch Hafen M. 2001, S. 30-34).

---

<sup>4</sup> Obwohl der Begriff „tertiäre Prävention“ immer wieder verwendet wird, ist doch seine Sinnhaftigkeit zu hinterfragen. Letztlich beinhaltet doch nahezu jede Behandlung einer Erkrankung die Absicht, die Fortdauer der Symptomatik zu verhindern und ggf. einer weiteren Verschlimmerung vorzubeugen. Es bietet sich an, in diesen Fällen die Zielgruppe als Unterscheidungsmerkmal auszuwählen: Eine Behandlung wird an einer bestimmten Person vorgenommen, Prävention richtet sich an eine möglicherweise eingegrenzte, aber doch unbestimmte Zielgruppe.

Wird Gesundheitsförderung in einer „engen“ Definition verwendet, wird zumeist mit Bezug auf die Ottawa-Charta die salutogenetische Orientierung betont. In diesem Sinne können Prävention und Gesundheitsförderung als zwei grundsätzlich verschiedene Strategien verstanden werden. Prävention setzt demnach bei den Gesundheitsrisiken an<sup>5</sup>, die Gesundheitsförderung direkt bei den Bedingungen, die Gesundheit fördern. Für die Prävention sind so eher Kenntnisse über die Ätiologie und Pathogenese von Krankheiten notwendig, für die Gesundheitsförderung eher Kenntnisse über Verhaltens- und Lebensbedingungen, die Gesundheit ermöglichen (vgl. Waller H. 1997, S. 121 und Gerber U.; Stünzner W.v. 1999, S. 34-35)<sup>6</sup>. Obwohl immer wieder gefordert (vgl. Troschke J.v. 1993, S. 83-86), ist letztlich jedoch eine klare theoretische und noch weniger eine praktische Abgrenzung zwischen Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung nicht möglich. Überschneidungen bestehen bei Aktivitäten der Vorsorge, Förderung, Heilung und Lebensqualitätsverbesserung (vgl. Kaba-Schönstein L. 1996, S. 51-53). Für die praktische Tätigkeit in der Gesundheitsförderung oder Prävention ist eine scharfe Trennung in den meisten Fällen weder nötig noch möglich.

Die **Gesundheitserziehung** hat im deutschen Sprachraum eine besondere Bedeutung, da mit dem Begriff der „Erziehung“ eher die Belehrung und Anleitung von Kindern und Jugendlichen verstanden wird, was eine inhaltliche Abgrenzung zur „Bildung“ bewirkt. Außerdem wurde mit dem Begriff des Öfteren eine inhaltliche Beschränkung – vor allem eine zu starke Individuums-, Symptom- und Krankheitsorientierung (vgl. Henkelmann T.; Karpf D. 1987, S. 107-116) – verbunden. Mittlerweile wird Gesundheitserziehung von vielen nur noch als einer von mehreren Aspekten der Gesundheitsförderung angesehen. Für Heiko Waller beispielsweise sind Gesundheitserziehung, Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsbildung spezifische Interventionstypen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (Waller H. 1997, S. 123).

Mithilfe der Gesundheitsaufklärung soll in Deutschland vor allem *„das Wissen der Bevölkerung über gesundheits- und krankheitsrelevantes Verhalten gefördert werden. Außerdem wird versucht, durch Information gesundheitsrelevante Einstellungen, das Gesundheitsbewusstsein und das konkrete Gesundheitsverhalten der BürgerInnen entsprechend zu beeinflussen“* (Lehmann M.; Sabo P. 1996, S. 30-31).

Als **Gesundheitsbildung** wird der Gesundheitsförderungsansatz in der organisierten Erwachsenenbildung bezeichnet. Sie ist durch freiwillige Teilnahme und teilnehmerorientiertes und soziales Lernen charakterisiert. Praktisch umgesetzt wird die

---

<sup>5</sup> „Prävention“ leitet sich ja auch von dem lateinischen Begriff „*praevenire*“ = „*zuvorkommen*“, d.h. einer bestimmten Erkrankung *zuvorkommen*, ab.

<sup>6</sup> Von Gutzwiller et al. wurde die Gesundheitsförderung direkt mit der salutogenetischen und die Prävention mit der pathogenetischen Sichtweise in Beziehung gesetzt und verglichen. Unterschiede sind so vor allem bei den Zielgruppen und Zielsetzungen definierbar (vgl. Gutzwiller F.; Wydler H.; Jeanneret O. 1996, S. 194-195).

Gesundheitsbildung beispielsweise in den gesundheitsrelevanten Angeboten der Volkshochschulen<sup>7</sup>.

Der im Englischen verwendete Ausdruck „health education“ umschreibt sowohl Aspekte der Gesundheitserziehung als auch der Gesundheitsbildung (vgl. BZgA 1996, S. 38).

Die **Gesundheitsberatung** kann in verschiedenen Feldern erfolgen: beim Arzt-Patient-Kontakt, als ärztliche oder auch nichtärztliche Gesundheitsberatung in Gruppen und als Institutions- und Politikberatung (vgl. Sabo P. 1996, S. 31-33). Charakteristisch für eine Beratung sind unter anderem die Begrenztheit des Themas, akuter Handlungsbedarf, gemeinsame Suche nach konkreten Lösungen und Freiwilligkeit der Teilnahme (vgl. Buer F. 1992, S. 120). Außer der Beratung von Einzelnen hat die Institutionsberatung eine besondere Bedeutung gewonnen. Sie hat einen zentralen Platz im so genannten Setting-Ansatz, der zu einer der Schlüsselstrategien der Gesundheitsförderung wurde (vgl. Grossmann R.; Scala K. 1994, S. 65-75).

### 2.1.2 Ziele

Präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen werden üblicherweise nach der Art der zu verändernden krankheitsfördernden oder gesundheitsgefährdenden Faktoren eingeteilt:

- medizinische Prävention
- Verhaltensprävention
- Verhältnisprävention

Zu der **medizinischen Prävention** werden im Wesentlichen Schutzimpfungen sowie Maßnahmen der Vitamin-D- und Jod-Prophylaxe gezählt (vgl. Weidman V. 1997, S. 125). Weiterhin zählen dazu sekundärpräventive Ansätze, bei denen es um die möglichst frühzeitige Erfassung von pathologischen Symptomen geht, beispielsweise Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Früherkennungsuntersuchungen auf Brust-, Gebärmutterhals-, Dickdarm- und Prostatakrebs, Neugeborenencreening, Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen als Gruppen- oder Individualprophylaxe (vgl. Waller H. 1997, S. 114).<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> 1985 wurde vom Deutschen Volkshochschulverband, Arbeitskreis Gesundheitsbildung, der so genannte Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen veröffentlicht, der zu einem Gesamtkonzept für das Angebot in der Gesundheitsbildung führen sollte und gemeinsam mit den Volkshochschul-Landesverbänden, der Bundesvereinigung für Gesundheit und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung konzipiert wurde.

<sup>8</sup> Da in Deutschland diese Maßnahmen nicht zwangsverordnet werden, ist es natürlich wichtig, dass möglichst viele freiwillig daran partizipieren. Da es somit notwendig ist, ein Verhalten zu fördern, das zur Teilnahme an Impfmaßnahmen und Früherkennungsuntersuchungen motiviert, können die damit verknüpften Maßnahmen eigentlich auch verhaltenspräventiv genannt werden.

Gesundheitsriskantes Verhalten – wie Rauchen, Fehlernährung, Bewegungsmangel, Drogenmissbrauch, Überernährung und stressreiche Alltagsgestaltung – steht im Mittelpunkt der **Verhaltensprävention**. Zum Erreichen dieses Ziels werden unterschiedliche Methoden eingesetzt, unter anderem gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung.

Einfach ist die Verhaltensänderung allerdings nicht. Es gibt eine Fülle von Gründen, warum Menschen mit so großer Häufigkeit ein gesundheitlich bedenkliches Verhalten praktizieren, obwohl die meisten von ihnen ihren Lebensplan auf eine lange Lebenszeit hin angelegt haben. Ein wichtiger Grund für Risikoverhalten ist der unmittelbare Lustgewinn, der, so Meinrad Perrez und Sibylle Gebert, *„weit gehend als positive oder negative Verstärkung oder als Spannungsreduktion [...] konzeptualisiert werden kann“* (Perrez M.; Gebert S. 1994, S. 171). Die zu wählende Interventionsmethode hängt nach Aussage beider Autoren auch von der Veränderungsresistenz der etablierten Gewohnheiten ab. Als eine mögliche Strategie eignet sich die Aufklärung besonders zur Schaffung von Problembewusstsein, zur Übermittlung von gesundheitsrelevantem Wissen und eingeschränkt auch zur Motivation. Somit haben Massenmedien einen wichtigen Platz in verhaltenspräventiven Modellen.

Die **Verhältnisprävention** beinhaltet die Maßnahmen und Strategien, die darauf zielen, Gesundheitsrisiken durch Beeinflussung der gesellschaftlichen Strukturen abzubauen. Sie zielt, so hat es die Bundesregierung 1994 formuliert, *„auf die Verringerung oder Beseitigung von Krankheits- und Unfallursachen in den allgemeinen Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen“* (Bundestagsdrucksache 1994). Oder, so lässt sich zugespitzt auch formulieren: Verhältnisprävention ist Politik (vgl. Rosenbrock R. 1991; Schupeta E. 1980a, S. 364-370; Schupeta E. 1980b, S. 433-437).

Die Palette der Interventionsmöglichkeiten in der Verhältnisprävention ist sehr groß. Sie kann, so Manfred Lehmann, *„alle Ebenen umfassen – von der individuellen (individuelle Entscheidungen wie Wahl der Verkehrsmittel, der Wohnung, des Arbeitsplatzes, Nutzung von Angeboten und Dienstleistungen, Verwendung des Einkommens etc.) bis zur gesamtgesellschaftlichen (Sozial-, Gesundheits-, Bildungs-, Arbeitsmarkt-, Städtebau-, Verkehrs-, Umweltpolitik; Gesundheits-, Umwelt-, Arbeits-, Verbraucherschutz)“* (Lehmann M. 1996, S. 177-118).

Viele Krankheiten oder Befindensstörungen weisen sowohl eine verhaltens- als auch eine verhältnisbezogene Komponente auf. So ist natürlich der Alkoholmissbrauch in erster Linie ein Verhaltensproblem. Die Werbung, die Staatseinnahmen durch die Steuern, die Verknüpfung der Toleranz hoher Blutalkoholspiegel mit positiven, männlichen Eigenschaften – all das sind Beispiele, die eine enge Verknüpfung mit gesellschaftlichen Faktoren deutlich machen. Deshalb reichen in den meisten Fällen rein verhaltensbezogene Präventionsansätze nicht aus, um Risikoverhalten im Einzelfall zu beseitigen. Daher sollten sich Verhaltens- und Verhältnisprävention am besten gegenseitig ergänzen, um sowohl Lebensweisen als auch -bedingungen auf Gesundheit hin auszurichten.

### 2.1.3 Inhalte

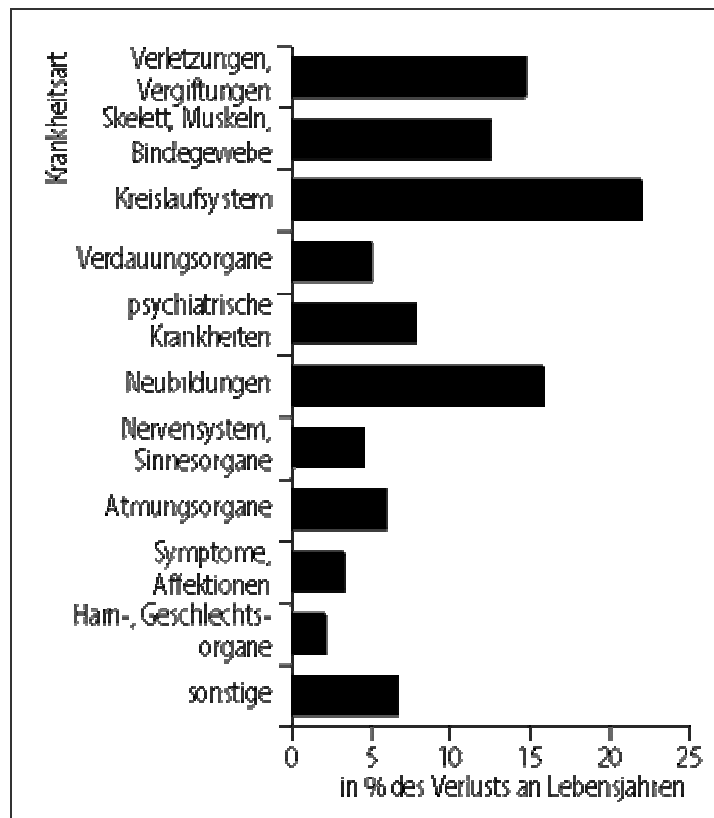
Das Spektrum der Krankheitsursachen hat sich in den vergangenen hundert Jahren grundlegend gewandelt. Waren früher vor allem akute Infektionen die Ursache für Krankheiten, so sind heute die so genannten Zivilisationskrankheiten an die Spitze der Krankheitsverursacher gerutscht.

Ein genauer Blick auf die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken hilft dabei, die Frage zu beantworten, welche Zielgruppen für präventive, die Gesundheit fördernde Maßnahmen zu isolieren sind. Die Frage jedoch, woran die Bundesdeutschen am häufigsten leiden, lässt sich so einfach nicht beantworten. Laut Mikrozensus 1982 (vgl. Brenneke R.; Schelp F.P. 1993, S. 35-38) standen Erkrankungen des Kreislaufs und des Respirationstraktes an erster und zweiter Stelle, gefolgt von Krankheiten der Muskulatur und des Bewegungsapparates.

Auch aus der Mortalitätsstatistik lassen sich Zielgruppen für die Prävention ableiten. So stehen auf Platz eins der Todesursachenstatistik seit Jahren Krankheiten des Kreislaufsystems, gefolgt von bösartigen Neubildungen (vgl. Kunsch K; Kunsch St. 2000, S. 319). Wegen der schwierigen *„und aus der Statistik kaum ableitbaren Bestimmung, ob eine Todesursache vermeidbar war, verwendet man zur Darstellung von notwendigen präventiven Schwerpunkten eher das Konzept der verlorenen Lebensjahre“* (Brenneke R.; Schelp F.P. 1993, S. 36).

Am Beispiel der verlorenen Lebensjahre 1994 (vgl. Gesundheitsberichterstattung 1998) zeigt sich, dass die häufigsten Todesursachen auch mit den höchsten Verlusten an Lebensjahren verbunden sind.

Abbildung 2-1: Todesursachen und Verlust an Lebensjahren



Verlorene Lebensjahre in Deutschland 1994 in Prozent je nach Krankheitsart (Statistisches Bundesamt, Robert-Koch-Institut)<sup>9</sup>

Der Anteil von Verletzungen und Vergiftungen ist relativ hoch, da bei Unfällen in jungen Jahren relativ viele verlorene Lebensjahre errechnet werden. An Krebs und Herz-Kreislaufleiden dagegen sterben überwiegend ältere Menschen, der Verlust an potenziellen Lebensjahren ist relativ gering. Vergleichsweise gering ist in Deutschland (noch) die Bedeutung von Aids – obwohl an Aids vorwiegend junge Erwachsene sterben können.

<sup>9</sup> [http://www.gbe-bund.de/gbe/owa/ergebnisse.prc\\_tab?fid=1291&suchstring=verlorene\\_Lebensjahre&query\\_id=&sprache=d&fund\\_typ=GRA&methode=1&vt=1&verwandte=1&page\\_ret=0&seite=1&p\\_lfd\\_nr=1&p\\_sprachkz=D&p\\_uid=steinheim&p\\_aid=13074764&hlp\\_nr=3&p\\_janein=J](http://www.gbe-bund.de/gbe/owa/ergebnisse.prc_tab?fid=1291&suchstring=verlorene_Lebensjahre&query_id=&sprache=d&fund_typ=GRA&methode=1&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=1&p_sprachkz=D&p_uid=steinheim&p_aid=13074764&hlp_nr=3&p_janein=J) [Log-in mit Passwort und User-ID], 27.08.01

Nach Analyse der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken sind präventive Bemühungen vor allem gegen

- Herz-Kreislauf-Leiden,
- bösartige Neubildungen,
- Erkrankungen des Respirationstraktes sowie
- Erkrankungen der Muskulatur und des Skeletts

vordringlich (vgl. Brenneke R.; Schelp F.P. 1993, S. 35-38).

Perrez und Gebert halten zudem Beeinträchtigungen des Immunsystems als Folge eines gesundheitlichen Risikoverhaltens für wichtig und berücksichtigungswert (vgl. Perrez M.; Gebert S. 1994, S. 169-187). McKeown definiert die Präventionsziele ausgehend von den Risikofaktoren ähnlich, fügt aber noch die Verhütung von Haus-, Arbeits- und Verkehrsunfällen sowie Umweltschutz hinzu (vgl. McKeown T. 1982). Wichtig ist sicherlich auch die Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich Sucht, da breite Bevölkerungsschichten Suchtmittel missbräuchlich konsumieren oder abhängig davon sind<sup>10</sup>.

#### 2.1.4 Lokalisation

Es gibt eine Reihe Ebenen, auf denen präventives oder gesundheitsförderndes Handeln angesiedelt sein kann. Wichtig ist der private Bereich, vor allem die Familie (vgl. Fleischer K. 1997, S. 251-268). Peter-Ernst Schnabel bezeichnet die Familie sogar als einen weißen Fleck auf der Landkarte der Gesundheitsförderung, mit dessen Entdeckung gerade erst begonnen wird (vgl. Schnabel P.-E. 2001, letzte Umschlagseite). Und innerhalb der Familie sind es vor allem die Frauen, die einen nicht unerheblichen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und auf gesundheitsbezogene Einstellungen ihrer Mitglieder haben (vgl. Riedmüller B.; Beyer J. 1984, S. 14-16)<sup>11</sup>. Pointiert findet sich diese Einstellung in der Formulierung „Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen“<sup>12</sup>.

Auch in Krankenhäusern und Arztpraxen ist präventives und gesundheitsförderndes Verhalten angesiedelt. Diese Art der Prävention ist durch eine „Komm-Struktur“

---

<sup>10</sup> 1998 wurden 156, 2 Liter alkoholische Getränke pro Kopf in Deutschland konsumiert (vgl. Breitenacher M. 1999, S. 7). Im gleichen Jahr wurden in Deutschland durchschnittlich 1 687 Zigaretten und 24 Zigarren/Zigarillos pro Kopf geraucht (vgl. Junge B. 1999, S. 25). Außerdem wird nach Schätzungen rund ein Drittel der verordneten Arzneimittel mit Suchtpotenzial nicht wegen akuter medizinischer Probleme, sondern langfristig zur Suchtunterhaltung und zur Vermeidung von Entzugserscheinungen verschrieben (vgl. Glaeske G. 1999, S. 57).

<sup>11</sup> Wie der Beratungsbedarf von Familien in Sachen Gesundheit wissenschaftlich differenziert und quantifiziert werden kann, hat Karl E. Bergmann am Beispiel werdender und junger Eltern gezeigt (vgl. Bergmann K.E. et al. 1998, S. 202-207).

<sup>12</sup> Diese Formulierung ist der Titel eines Aufsatzes von Alexa Franke (Franke A. 1985) und Titel eines Buches (GesundheitsAkademie 1998).



(Brenneke R.; Schelp F.P. 1993, S. 51) geprägt, da der Bürger zum Arzt oder Krankenhaus kommen muss, um die Leistungen in Anspruch nehmen zu können. In Arztpraxen ist zudem aufgrund der eher diagnostisch-therapeutischen Ausrichtung der niedergelassenen Vertragsärzte die primäre Prävention nur schwach ausgeprägt, obwohl sich hier viele Möglichkeiten für verhaltenspräventive Eingriffe bieten (vgl. Hörning M. 1992 a, S. 102-104).

Für den öffentlichen Gesundheitsdienst stellt die Prävention und Gesundheitsförderung einen Aufgabenschwerpunkt dar. Dies gilt nicht nur für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), sondern auch für die Gesundheitsämter. Dort sind sowohl verhaltenspräventive (zum Beispiel der schulärztliche Dienst) als auch verhältnispräventive Aufgaben (zum Beispiel Überwachung von Krankenhäusern und Arztpraxen) angesiedelt.

In Betrieben und Unternehmen dominiert die Verhältnisprävention (vgl. Brenneke R.; Schelp F.P. 1993, S. 52). In einigen Fällen wurde jedoch auch der Betrieb als Ort für verhaltenspräventive Maßnahmen ausgewählt (vgl. Hörning M. 1992 b).

Ein wichtiger Ort für Verhaltensprävention ist auch die Schule. Denn in der Zeit, in der Kinder zur Schule gehen, bilden sich die prägenden Verhaltensmuster aus, die später einmal gesundheitsschädliche oder -fördernde Lebensstile kennzeichnen.

Vor allem in den letzten zwei Jahrzehnten hat die Bedeutung der gemeindebezogenen Prävention deutlich zugenommen. Diese Lokalisation erscheint deshalb als besonders geeignet, weil sie den Lebensraum vieler Bürger und ihrer Familien sowie viele Institutionen und Organisationen, zu deren Aufgaben Prävention und Gesundheitsförderung gehören, umfasst<sup>13</sup>. So kann beispielsweise gezielt versucht werden, die Lebenssituation der Bürger in benachteiligten Stadtgebieten durch Gemeinwesenarbeit gezielt zu verbessern (vgl. Buchholz-Weinert M. 1997, S. 269-284).

### 2.1.5 Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten

Üblicherweise wird zwischen dem **Gesundheitsverhalten** (health behavior), dem **Krankheitsverhalten** (illness behavior) und dem **Krankenrollenverhalten** (sick role behavior) unterschieden. Die Teilnahme an präventiven Maßnahmen und die Umsetzung von Empfehlungen zur Gesunderhaltung können als eine Form des Gesundheitsverhaltens betrachtet werden (vgl. Barth J.; Bengel J. 2000, S. 26).

Im Laufe der letzten Jahre wurde eine ganze Reihe von Faktoren ausgearbeitet, die das Gesundheitsverhalten beeinflussen können<sup>14</sup>:

1. Widerstandsfähigkeit (hardiness)

---

<sup>13</sup> Einen guten Überblick über die vielen gesundheitsrelevanten Aspekte der Gemeindeorientierung bietet auch das Buch von Brigitte Stumm und Alf Trojan: *Gesundheit in der Stadt. Modelle – Erfahrungen – Perspektiven*, Frankfurt: Fischer Taschenbuch, 1994.

<sup>14</sup> Einen guten, deutschsprachigen Überblick liefern Weber H. 1994 (S. 188-206) und Schwarzer R. 1996.

2. Kohärenzsinn (sense of coherence)
3. Selbstwirksamkeitserwartungen und Gesundheitskontrollüberzeugungen
4. subjektive Theorien zur Gesundheit und Krankheit
5. Risikowahrnehmung
6. soziodemografische Variablen

Die Massenmedien können alle diese Faktoren beeinflussen. Sie haben jedoch eine besonders große Bedeutung für die Wahrnehmung der Gefährlichkeit einer Erkrankung und damit für die Einschätzung des Risikos (vgl. Lichtenstein S. et al. 1978, S. 551-578). Dabei stellt sich die Frage, inwieweit durch massenkommunikative Botschaften eine Veränderung der Risikoeinschätzung in größeren Bevölkerungsgruppen erreicht werden kann. Nach Jürgen Barth und Jürgen Bengel beeinflussen die Dimensionen „Schrecklichkeit einer Gefahr“ und „Unbekanntheit eines Ereignisses“ wesentlich die Risikoeinschätzung: *„Die Schrecklichkeit ist motivierend für Verhaltensänderungen, was erklärt, dass im Bereich der Aids-Prävention eine zumindest kurzfristig relativ rasche Veränderung des Verhaltens erreicht werden konnte. Kurzfristige Veränderungen auf der Verhaltensebene sind in anderen gesundheitsrelevanten Bereichen weitaus schwieriger zu erreichen ...“* (Barth J.; Bengel J. 2000, S. 117-118). Furchtappelle, mittlerweile von vielen Autoren nicht mehr als sinnvoll angesehen, in Medizinberichten von Publikumszeitschriften aber immer noch häufig zu finden, können also sinnvoll sein. Letztlich liegen bislang aber nicht genug Daten vor, um die Frage zu beantworten, wie sinnvoll und angemessen der Einsatz von Angst in der Prävention ist. Unklar ist auch, ob es nach hoher Furchtinduktion aufgrund von Abwehrprozessen beim Empfänger nur zur temporären Einstellungs- und Verhaltensänderung kommt.

### 2.1.6 Prävention und Massenmedien

Massenmedien, darunter Zeitschriften, sind prinzipiell gut geeignet, medizinische Informationen zu vermitteln. Klar hat dies unter anderem W. Russel Wright formuliert. Das Fazit, das er aus einer Untersuchung zieht: *„Newspapers and magazines seemed most useful to a group of people seeking medical information“* (Wright W.R. 1975, S. 171).

Information allein reicht aber nicht aus. Hans Mohl hat in einem Buchbeitrag das Ziel der Medizinberichterstattung im Fernsehen – dies gilt aber wohl stellvertretend für andere Massenmedien auch – klar ausgedrückt: *„Wir wollen dem Zuschauer durch gesundheitsfördernde Angebote helfen, gesünderes Leben leichter zu verwirklichen. Seine durch Information geförderte Motivation zu gesünderem Verhalten soll [...] unterstützt werden“* (Mohl H. 1984, S. 118). Informieren, motivieren und damit Gesundheit erhalten und Krankheiten verhüten?

Zumeist wird Massenmedien ohne großes Nachdenken diese Funktion zugesprochen. Ihr Einsatz gehört zum Standardrepertoire von großen Präventions- und

Gesundheitsförderungsprogrammen, zum Beispiel bei der Krebsvorbeugung (vgl. Ebert A. 1988, S. 215-218), der Kariesprophylaxe (vgl. Bauch J. 1988, S. 219-224) oder dem Präventionssport (vgl. Hollmann W. 1988, S. 225-229).

Für die häufige Nutzung von Massenmedien ist eine Reihe von Vorteilen anzuführen:

- Sie erreichen eine große Population.
- Sie können auch solche Bevölkerungsgruppen erreichen, die auf traditionellen Wegen den Mitarbeitern oder Institutionen des Gesundheitswesens nicht zugänglich sind.
- Sie sind relativ kostengünstig, gemessen an der Zahl der Empfänger von Nachrichten.
- Die inhaltliche Botschaft kann – zum Beispiel durch das Präsentieren von Vorbildern – mit großem Aufmerksamkeitswert versehen werden.

Natürlich gibt es viele Beispiele dafür, dass mithilfe von Massenmedien das Verhalten und die Einstellungen von Patienten und potenziellen Patienten deutlich beeinflusst werden können. Das konnten zuletzt M. Braun und Mitarbeiter sehr schön am Beispiel von Viagra<sup>®</sup> zeigen. Sie ermittelten im Raum Köln bei Urologen und Allgemeinmedizinern die Zahl der Patienten, die wegen erektiler Dysfunktion die Ärzte aufsuchten – vor und unmittelbar nach der massenmedial sehr aufmerksam begleiteten Zulassung von Viagra<sup>®</sup>. Vor allem die Urologen profitierten signifikant von der Medienkampagne (vgl. Braun M. et al. 2001, S. 145-148).

Kann diese Verhaltens- und Einstellungsbeeinflussung jedoch auch deutlich nutzbar gemacht werden, um lieb gewordene, aber die Gesundheit beeinträchtigende Verhaltensweisen abzulegen oder zu ändern?

Grundsätzlich ist der Einsatz von Massenmedien sowohl im Bereich der Primär-, der Sekundär- und der Tertiärprävention denkbar. Im Bereich der Primärprävention können sie dazu beitragen, gesundheitsaufklärende Informationen zu verbreiten. Schwieriger ist der Einsatz in der Sekundärprävention. Über die reine Information hinaus sollten die angebotenen Lösungsmöglichkeiten Modellwert annehmen, um so die Bereitschaft, eine Therapie aufzunehmen, zu fördern. Überaus wirksam können Massenmedien dann wieder im Bereich der Tertiärprävention eingesetzt werden, besonders – so hat Winfried Göpfert herausgestellt – im Suchtbereich, wenn es darum geht, nach einer Therapie vor einem Rückfall zu bewahren (vgl. Göpfert W. 1990b, S. 115-127, und Göpfert W. 2001, S. 131-141).

Im Einzelfall hängt der Erfolg des Einsatzes zu Präventionszwecken jedoch von vielen Faktoren ab – dem Inhalt der Botschaft, dem gewählten Kode, dem Medium, dem Kommunikator und dem Rezipienten (vgl. Doelker Ch. 1994, S. 299-304). Der Popularität der Massenmedien in verschiedenen Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen zufolge, wird von den Verantwortlichen häufig stillschweigend darauf vertraut, dass ein Effekt zu Stande kommt. Bei genauerer Betrachtung der vor-

liegenden Studien ist diese Hypothese jedoch nicht immer haltbar. Viele Untersuchungen, in denen der Effekt von massenmedialen Kampagnen zur Prävention und Gesundheitsförderung nachzuweisen versucht wurde, sind methodisch nicht sauber ausgeführt worden (vgl. Redman S. et al. 1990, S. 85-101). So fehlt teilweise die Kontrollgruppe, in anderen Fällen weist die Kontrollgruppe nicht die gleichen soziodemografischen Eigenschaften auf wie die Prüfgruppe, die Reliabilität der Beobachter wird nicht erfasst, die Basismesswerte zu Beginn einer Studie werden nicht oder nur unvollständig erhoben und/oder die Korrektheit von Selbsteinschätzungen wird nicht geprüft.

Und die Studien, die hohen Qualitätsansprüchen genügen, liefern ein doch unterschiedliches Ergebnis. In der so genannten Stanford-Studie beispielsweise wurden Studienteilnehmer in verschiedenen Städten miteinander verglichen. In einer Stadt wurden zusätzlich zur Prävention koronarer Herzkrankheiten Massenmedien eingesetzt, in der anderen nicht. Nach zwei Jahren gab es beim Blutdruck klinisch bedeutende Unterschiede zu Gunsten der Mediengruppe, beim Messwert Cholesteringehalt im Blut dagegen nur marginale Unterschiede. Hinzu kommt, dass bei einer Hochrisikopopulation in der Mediengruppe der systolische Blutdruck abgenommen, der diastolische Blutdruck dagegen zugenommen hatte (vgl. Maccoby N.; Alexander J. 1980).

Andere Studien deuten darauf hin, dass der Einsatz von Massenmedien nicht automatisch zur Einstellungs- und Verhaltensänderung hin in Richtung Gesundheit führt, sondern – wenn überhaupt – nur teilweise erfolgreich ist (vgl. Fleischer G.A. 1973, S. 3-11; Robertson S. et al. 1974, S. 1071-1080). So zieht Anne Karpf ein eher desillusioniertes Resümee: *„Again and again, with undimmed enthusiasm and optimism, health educators dream up media campaigns to persuade viewers to change their ways. And again and again, health educators shake their heads in disappointment and incomprehension as their messages prove infinitely resistible“* (Karpf A. 1988, S. 222-223).

Wiederum andere Untersuchungen berichten über signifikante positive Wirkungen einer massenmedial unterstützten Kampagne (vgl. Pierce J.P. et al. 1986, S. 341-344; Puska P. et al. 1983, S. 65-68).

Bei genauerer Analyse der Studien wird deutlich, dass der Einsatz von Massenmedien immer dann besonders erfolgreich ist, wenn er von Maßnahmen begleitet wird, die gemeindenah wirken und das soziale Umfeld der Zielgruppe berücksichtigen: *„In summary, of the studies evaluating media plus intensive community interventions, most reported significant changes in behaviour following the campaigns“* (Redman S. et al. 1990, S. 98).

Massenmedien, so lässt sich resümieren, können am erfolgreichsten in Präventions- und Gesundheitsförderungskampagnen eingebaut werden, die sich am Setting-Ansatz<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Unter einem Setting wird sowohl einerseits *„ein System verstanden (Kommunen, Schulen, Krankenhäuser, Betriebe und Ähnliches), das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst und „andererseits [...] ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auch gestaltet werden können“* (Grossmann, R.; Scala K. 1996, S. 100-101).

orientieren. Isoliert eingesetzt, scheint die massenmediale Verbreitung von gesundheitsrelevanten Inhalten nur begrenzt Verhaltensänderungen zu bewirken. Ob isoliert präsentierte Medizinthemen dazu beitragen, für gesundheitliche Probleme zu sensibilisieren oder die Motivation für eine Verhaltensänderung zu bewirken, kann nur vermutet werden und ist methodisch schwer nachweisbar.

Es gibt noch einen weiteren Aspekt bei der Betrachtung der Bedeutung von Massenmedien für die Gesundheitsförderung: „[...] *it is not sufficient to address the question, 'how can we use the media to produce effects X, Y and Z?'. We must first understand [...] the ways in which mass communications structure the particular images of health [...]*“ (McCron R.; Budd J. 1979, S. 199-216). Mithilfe der Massenmedien kann entscheidend mitbestimmt werden, ob bestimmte Themen beziehungsweise welche Themen in der gesundheitspolitischen Diskussion wie diskutiert werden (vgl. Best G. et al. 1977, S. 14). So wurde beispielsweise bereits spekuliert, dass einer der Gründe, warum es so lange gedauert hat, bis Aids in der US-amerikanischen Gesellschaft eine angemessene Gewichtung erfahren hat, darin zu suchen ist, dass diese Erkrankung längere Zeit von der *Times* mehr oder weniger ignoriert wurde (vgl. Meyer P. 1990, S. 52-59).

Ein anderes Beispiel ist die Herpes-Infektion im Genitalbereich. Sie ist bereits seit den alten Römern bekannt, führte in den Medien allerdings ein Schattendasein – bis sie 1982 in den USA zur Erkrankung des Jahres hochgepuscht wurde (als die Krankheit, die die weiße Mittelklasse befällt, epidemische Ausmaße erreicht hat und schlimme soziale, psychische und physische Folgen hat). Bei genauer Betrachtung haben sich diese Aussagen allerdings als wenig begründet erwiesen (vgl. Mirotznik J.; Mosellie B.M. 1986, S. 1-11).

In den USA wird seit etwas mehr als zehn Jahren versucht, beide Einflussmöglichkeiten – über Setting-Ansatz und die Beeinflussung der Gesundheitspolitik – in eine Strategie umzusetzen. Bei diesem so genannten Medienlobbyismus (Media Advocacy oder Media Lobbyism, die ältere Bezeichnung) wird versucht, gemeindenahe Initiativen mit der Rolle der Medien in der Gesellschaft vertraut zu machen, damit sie ihre Anliegen effektiver vertreten können (Wallack L.; Dorfman L. 1996, S. 293-317; Chapman S. 2000, S. 298-318).

Missachtung oder Unterbewertung auf der einen, Überbewertung und Sensationsmache auf der anderen Seite: Massenmedien bestimmen zum erheblichen Teil, welche medizinischen Themen von gesellschaftspolitischer Bedeutung sind. Sie sind eine Art „watchdog“, die – um ihre Aufgabe zu erfüllen – sich sozialen, politischen und ökonomischen Interaktionen bewusst seien, wie Dorothy Nelkin, bezogen auf die Risikoberichterstattung in der Presse, betont hat (vgl. Nelkin D. 1989, S. 53-72). Ob sich die Medien dieser Funktion immer bewusst sind und ob daraus die notwendigen berufsethischen Konsequenzen gezogen werden, erscheint zweifelhaft.

## Zusammenfassung von Kap. 2.1

Gesundheitsförderung und Prävention sind für die Gesundheitserhaltung von großer Bedeutung, darüber besteht bei Ärzte- und Patientenverbänden, Politikern und Krankenkassen Konsens. Keine Übereinkunft besteht jedoch im Gebrauch der mit diesem Thema zusammenhängenden Begriffe. Gesundheitsförderung, -erziehung, -aufklärung, -bildung und -beratung sowie Prävention sind Termini, die teils synonym, teils mit unterschiedlicher Bedeutung verwendet werden.

Als Oberbegriffe für zwei unterschiedliche Strategien können Prävention und Gesundheitsförderung verwendet werden, wobei die Prävention bei den Gesundheitsrisiken ansetzt und die Gesundheitsförderung direkt bei den Bedingungen, die Gesundheit fördern. Eine klare Abgrenzung ist jedoch nicht möglich, für die Praxis in der Regel auch unnötig.

In dieser Arbeit wird im Allgemeinen der Terminus Prävention verwendet, der – wenn nicht ausdrücklich anders definiert – Aspekte der Gesundheitsförderung mit einschließt.

Maßnahmen zur Krankheitsverhütung und Gesundheitserhaltung können sich auf zwei verschiedene Ziele richten: auf das individuelle Verhalten (Verhaltensprävention) und auf gesellschaftliche Strukturen (Verhältnisprävention).

Lohnenswert sind präventive Maßnahmen vor allem zur Verhütung von Herz-Kreislauf-Leiden, bösartigen Neubildungen, Suchtleiden sowie Erkrankungen des Respirationstraktes, der Muskulatur und des Skeletts.

Massenmedien werden häufig in Präventions- und Gesundheitsförderungskampagnen eingesetzt – mit unterschiedlichem Erfolg. Die vorliegenden Studien geben Hinweise darauf, dass Verhalten und Einstellungen mithilfe von Beiträgen in Massenmedien beeinflusst werden können, allerdings nur unter bestimmten Voraussetzungen. Erfolgversprechend scheint der Einsatz von Massenmedien besonders dann zu sein, wenn er von Maßnahmen begleitet wird, die sich am Setting-Ansatz orientieren, also das soziale Umfeld der Zielgruppe berücksichtigen. Nicht zu unterschätzen ist auch der Einfluss von Massenmedien auf die Gesundheitspolitik, ein Effekt, der beim so genannten Medienlobbyismus bewusst zu nutzen versucht wird.

## 2.2 Naturheilverfahren und ihre Bedeutung für die Prävention

Zwei Aussagen lassen sich über Naturheilverfahren treffen: Sie erfreuen sich bei der Bevölkerung – nicht nur in Deutschland – einer großen Beliebtheit. Und: Sie werden in vielerlei Hinsicht kontrovers diskutiert.

### 2.2.1 Definitionen

Selten ist im Bereich der medizinischen Behandlung ein Begriff so unklar konturiert gewesen, wie es die Naturheilverfahren – auch und besonders heutzutage – sind. Auf Publikumsveranstaltungen wie beispielsweise der Paracelsus-Messe wird ein bunter Jahrmarkt unkonventioneller Heilmethoden angeboten, die von A wie Ayurveda bis Z wie Zen-Meditation reichen (vgl. Jütte R. 1996, S. 11). Mittlerweile existiert auch eine Fülle von Literatur zum Thema, der schwierige Aspekt „Definition“ wird nur selten darin behandelt.

Eine Fülle unterschiedlicher Begriffe kursiert, um das auszudrücken, was im allgemeinen unter Naturheilverfahren verstanden wird:

- Alternativmedizin
- biologische Medizin
- Volksmedizin
- traditionelle Heilweisen
- unkonventionelle medizinische Richtungen
- naturgemäße Heilweisen
- besondere Therapierichtungen
- nicht etablierte Medizin
- Ganzheitsmedizin
- Erfahrungsmedizin
- Komplementärmedizin
- Außenseiterverfahren

Weder vermag einer dieser Begriffe das gesamte Spektrum des unkonventionellen, alternativen Gesundheitsmarktes abzudecken, noch sind die Unterschiede zwischen den Begriffen klar definiert.

Auch die wichtigsten Vertreter dieser Therapierichtungen haben sich bislang auf keine einheitlichen Begrifflichkeiten einigen können (vgl. Hörning M. 1990, S. 387; Seng G. 1991, S. 413-415; Schilcher H. 1994, S. 473-474). Deshalb wird in Lehrbüchern zum Thema Naturheilverfahren üblicherweise erst einmal definiert, was der Autor bezie-

ungsweise die Autoren darunter verstehen (vgl. z.B. Bachmann R. M. 1989, S. 21-22; Bühring M. 1993, Kapitel 01.01; Grifka J. 1995, S. 11-18; Harth V. 1992, S. 9-14; Hentschel H.-D. 1991, S. 19-34; Schimmel K.-C. 1990, S. 24-45). Die Definitionen sind nur teilweise deckungsgleich, um manche Verfahren und deren Bewertung wird gestritten. Nadel hat diese Problematik kurz und prägnant dargestellt: „*It is difficult to find two people who agree on the definition of complementary medicine [...]*“ (Nadel M. A. 2000, S. 31-35).

Unter **Naturheilverfahren** werden in einer engen Definition die Verfahren zusammengefasst, die mit einfachen, natürlichen Mitteln ausführbar sind, für die kein großer apparativer Aufwand notwendig ist und die weitgehend in der Wirkung objektiviert sind. Dies sind im Wesentlichen die so genannten **klassischen Naturheilverfahren**, deren Ursprünge in der hippokratischen Medizin des Altertums liegen (vgl. Anemüller H. 1998, S. A518):

- Atemtherapie
- Bewegungstherapie
- Gymnastik
- Hydro- und Thermotherapie
- Kneipp-Therapie
- Klimatherapie
- Ernährungstherapie
- Heilfasten
- Entspannungstherapien
- Ausleitende Verfahren
- Phytotherapie

Je nach Autor variiert diese Liste der klassischen Naturheilverfahren. Beispielsweise werden von manchen Autoren die Kneipp-Therapien besonders stark gewichtet und differenzierter aufgeführt. Dann wird auch der Begriff Ordnungstherapie eingeführt, der unter anderem auch Entspannungsverfahren mit umfasst (vgl. Hentschel H.-D. 1991, S. 19-34; Bühring M. 1993, S. 3).

Wird diese enge Definition gewählt, zählen sehr viele unkonventionelle Verfahren nicht zu den Naturheilverfahren, so zum Beispiel die Homöopathie, deren Vertreter sich teilweise auch gegen die übliche Eingemeindung in Naturheilverfahren wehren.

Der häufig verwendete Begriff **Alternativmedizin** ist nicht glücklich gewählt, da er ein „Entweder-oder“ impliziert. Die meisten Vertreter derjenigen Verfahren, die alternativ genannt werden, sehen ihre Therapien jedoch nicht als Alternative zur konventionellen Medizin, sondern eher als eine Ergänzung bei bestimmten Indikationsbereichen. Außerdem werden in manchen Ländern Verfahren „alternativ“ genannt, die in anderen



zur gängigen schulmedizinischen Praxis gehören (vgl. Cant S.; Sharma U. 2000, S. 426-439).

Der Begriff **biologische Medizin** ist vor allem von dem Dachverband „Hufelandgesellschaft für Gesamtmedizin e.V.“, Karlsruhe, der Arzneimittel-Kommission dieser Gesellschaft und der „Internationalen Gesellschaft für Biologische Medizin e.V.“, Baden-Baden, sowie den damit verbundenen Autoren geprägt worden. Eine Definition und Abgrenzung hat Franz Schmid versucht (Schmid F. 1990). Kritisch anzumerken ist, dass der Begriff „biologisch“ sicher auch auf eine Reihe von etablierten Therapien anzuwenden ist. Umgekehrt ist beispielsweise eine Lokalanästhetika-Injektion oder der Anschluss an eine hochmoderne elektrische Apparatur nicht ohne weiteres mit dem Etikett „biologisch“ zu versehen, auch wenn diese Arten der Behandlung für die Neuraltherapie beziehungsweise für die Bioresonanztherapie – zwei Verfahren aus der Gruppe der unkonventionellen Verfahren – typisch sind.

Mit den Begriffen **Volksmedizin** und **traditionelle Heilweisen** werden diejenigen Verfahren belegt, die eine lange Tradition haben – allerdings ist diese häufig länderspezifisch und für eine Reihe von Naturheilverfahren bei uns einfach nicht gegeben.

Die **unkonventionellen medizinischen Richtungen** (UKM) werden von vielen Autoren als neutraler Überbegriff für solche Verfahren gewählt, die nicht allgemein anerkannt sind und gelehrt werden. Durchgesetzt hat sich dieser Begriff noch nicht und auch er beinhaltet eine gewisse Unschärfe. Beispielsweise sind viele unkonventionelle Verfahren – gemessen an der Anwendungshäufigkeit – alles andere als unkonventionell. Und auch in Hochschulen sind einige dieser Verfahren mittlerweile integriert, so zum Beispiel der Komplex „Grundlagen, Möglichkeiten und Grenzen von Naturheilverfahren“ in der Lehre.

Die **besonderen Therapierichtungen** werden im Arzneimittelgesetz und im Gesundheitsreformgesetz erwähnt, aber auch nicht genauer definiert. Nur die anthroposophische Medizin, die Homöopathie und die Phytotherapie werden beispielhaft aufgeführt. Es bleibt aber unklar, ob diese Verfahren den Begriff ausfüllen oder ob noch weitere darunter zu summieren sind. Für die Arzneimittel der drei besonderen Therapierichtungen wurden Zulassungs- und Aufbereitungskommissionen am Bundesgesundheitsamt eingerichtet (Wiesenaue M. 1990, S. 115-128).

Die **nicht etablierte Medizin** trifft eine ähnlich problematische Abgrenzung wie die Definition Alternativmedizin. Gibt es doch mittlerweile eine Reihe von Naturheilverfahren, die sehr wohl als gut untersucht und auch als etabliert zu gelten haben. Robert Jütte macht außerdem auf die zeitliche Problematik aufmerksam. Was heute noch etabliert ist, kann morgen schon nicht mehr konsensfähig sein, und umgekehrt. Aderlass und Schröpfen beispielsweise gehörten bis weit in das 19. Jahrhundert zur Standardtherapie der Ärzte, inzwischen ist diese Art der Blutentziehung eine Außenseitermethode (vgl. Jütte R. 1996, S. 12).

Auch **Ganzheitsmedizin** ist ein problematischer Begriff, da er impliziert, „Schulmediziner“ würden nur Teilaspekte des Menschen in den Mittelpunkt ihres diagnostischen und therapeutischen Bemühens stellen – eine Behauptung, die sicher die Mehrzahl der praktizierenden Ärzte heftig von sich weisen würde. Umgekehrt gibt es sehr wohl Naturheilverfahren, die zwar die Individualität des Patienten betonen und berücksichtigen, die Ganzheit aber auf Körper und Psyche beschränken. Soziale Bezüge bleiben häufig völlig unberücksichtigt, und damit wird ein wichtiger Aspekt für die Gesunderhaltung und Krankheitsentstehung ignoriert (vgl. Hörning M. 1999, S. 608-616). Malte Bühring hat die Problematik dieses Begriffes einmal pointiert formuliert: „Die Terminologie eines ‚Ganzen‘, einer ‚Ganzheitsmedizin‘ und Ansprüche einer ‚ganzheitlichen‘ Diagnostik und Therapie sind manchmal schwer zu ertragen“ (Bühring M. 1998, S. A404).

Ähnliches trifft auf den Begriff **holistische Medizin** zu.

Die so genannte **Erfahrungsmedizin** lässt sich definieren als eine bevorzugt auf phänomenologisch-deskriptiver Diagnosefindung beruhende, am Individuum und Therapieerfolg orientierte Medizin. Sie beschränkt sich auf die unmittelbare Beobachtung und eigene Sinneserfahrung, die Registrierung kasuistischer Zusammenhänge zwischen Symptom, Krankheitsbild, -verlauf und Heilung, auf Analogieschlüsse zur Gewinnung von Verallgemeinerungen und Regeln, auf symptomatologische Krankheitsklassifizierung nach Befinden und Verhalten, auf symptombezogene und individualisierende Heilbehandlung (vgl. Forschung im Dienste der Gesundheit 1990, S. 16-17). In dieser weiten Definition sind also auch längst eingebürgerte und wissenschaftlich nachgeprüfte Verfahren Erfahrungsmedizin.

**Außenseiterverfahren** werden, etwas ungenau konturiert, meistens diejenigen Verfahren genannt, die keine wissenschaftliche Absicherung vorweisen können. Sie überschneiden sich teilweise mit der so genannten **Paramedizin**, mit der Verfahren bezeichnet werden, die von konventionellen Therapeuten für unglaubwürdig, teilweise sogar naiv und dümmlich gehalten werden.

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff Naturheilverfahren in einer weiten Definition gebraucht, um alle Verfahren, über die in der Publikumspresse unter diesem oder einem synonym verwendeten Namen berichtet wird, zu kennzeichnen. Also fallen auch paramedizinische Verfahren wie Irisdiagnose oder Kirlianfotografie unter diesen Begriff.

### 2.2.2 Verbreitung

Es ist aufgrund methodischer Probleme schwierig, die Beliebtheit und Verbreitung von Naturheilverfahren zu bestimmen. Es gibt jedoch eine Reihe von Schätzungen, nach denen in den westlichen Industrieländern rund 20 bis 25 Prozent der Bevölkerung mindestens einmal pro Jahr einen Therapeuten aufgesucht haben, der mit Naturheilverfahren arbeitet (vgl. Eisenberg D. et al. 1993, S. 246-252; Mac Lennan A. et al. 1996, S. 569-573; Menges L. 1994, S. 871-873). Und knapp 90 Prozent der Ärzte geben an, dass

ab und zu oder sogar häufiger Patienten ausdrücklich von ihnen mit Naturheilverfahren behandelt werden möchten (vgl. Marioth R.; Barthelt D. 1990, S. 2)

In Deutschland scheint die Beliebtheit noch größer zu sein. So erklärten bei einer Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach 83 Prozent bei der Nennung des Begriffes Naturheilkunde spontane Sympathie. Rund die Hälfte der Bevölkerung glaubt an die uneingeschränkte Wirksamkeit von Naturheilmitteln (vgl. Bühring P. 2001, S. 1307). Und 72 Prozent möchten mit homöopathischen Arzneimitteln behandelt werden (Stadie V. 2002, S. C644).

Interessant ist auch die differenzierte Betrachtung der Befürworter: Am beliebtesten sind Naturheilverfahren bei Frauen mittleren Alters, die aus der Mittelschicht stammen (vgl. Verbrugge L. M. 1982, S. 417; Aldridge D. 1991, S. 35-44). Für Deutschland, so geht aus den Ergebnissen einer repräsentativen Langzeitstudie hervor, ist der Kreis der Naturheilmittelanwender in den letzten 30 Jahren kontinuierlich gewachsen, besonders bei Frauen (auf 74 % im Jahr 1997) und jüngeren Menschen (vgl. IfD 1997).

Werden Naturheilverfahren nicht im Rahmen einer Selbstbehandlung angewendet, sondern von Therapeuten verordnet, so kann dies in Deutschland durch zwei Berufsgruppen geschehen: Heilpraktiker und Ärzte.<sup>16</sup> Während die Heilpraktiker in der Regel Naturheilverfahren anwenden, ist die Situation bei den Ärzten differenzierter zu betrachten: Es gibt für diese die Zusatzbezeichnungen „Homöopathie“ und „Naturheilverfahren“, die nach einer standardisierten Weiterbildung geführt werden dürfen. Rund 3.600 Ärzte führen die Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ (vgl. Korzilius A. 1998, S. A2075-2079), rund 7 000 die Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ (vgl. Huth K. 1999, S. M365). Es gibt eine Reihe von Fachverbänden, in denen teilweise eine qualitätskontrollierte Fort- und Weiterbildung in den einzelnen Verfahren geboten wird. Der größte Dachverband, der Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e.V. in Freudenstadt, zählt rund 8.500 Mitglieder.

Es gibt mittlerweile auch eine Reihe von Untersuchungen, bei denen die Verbreitung bei den Therapeuten erfragt wurde. Im Raum Freiburg beispielsweise ergab sich bei einer Befragung von Allgemeinärzten, dass Neuraltherapie, Phytotherapie, Homöopathie und Anthroposophische Medizin von mehr als der Hälfte angewandt wurde (vgl. Haag G. et al. 1992, S. 1184-1187)<sup>17</sup>. Die Studie von Himmel et al. (vgl. Himmel G. et al. 1993, S. 232-235) ergab eine noch etwas höhere Anwenderzahl. Rund 98 Prozent der antwortenden Ärzte setzten Naturheilverfahren zumindest gelegentlich ein, meist als zusätzliche Therapie. Dabei wurde die Phytotherapie am häufigsten angewandt (78 %),

---

<sup>16</sup> Interessanterweise setzen Patienten anscheinend das größte Vertrauen in Heilpraktiker als Informationslieferant in Sachen Naturheilkunde und Alternatives (61 Prozent). Erst mit Abstand folgen Ärzte und Apotheker ( 33 und 29 Prozent; vgl. Bühring P. 2001, S. A1307).

<sup>17</sup> Interessant ist an dieser Umfrage auch, dass sich dennoch ein Teil der Anwender als Schulmediziner einschätzt und nicht als „Schulmediziner mit alternativer Tendenz“.

gefolgt von Neuraltherapie (65%), Homöopathie<sup>18</sup> (45 %), diätetischen Maßnahmen (23%), Chirotherapie (20%) und Akupunktur (15%). Eine vom niedersächsischen Sozialministerium geförderte repräsentative Umfrage ergab etwas abweichende Ergebnisse: Auf Platz 1 bis 7 der am häufigsten angewandten Naturheilverfahren stehen demnach: Elektrotherapie, Neuraltherapie, Phytotherapie, Diätetik, Eigenblutbehandlung, Homöopathie und Psychotherapie<sup>19</sup> (vgl. Marioth R.; Barthelt D. 1990, S. 38). Erwähnenswert an dieser Untersuchung sind die Ergebnisse bei der Frage nach den erlernten Verfahren. Eine Reihe von Medizinern wendet Naturheilverfahren an, ohne darin ausgebildet zu sein. So gaben beispielsweise 48,3 Prozent der befragten Ärzte an, die Phytotherapie einzusetzen – aber nur 16,4 Prozent hatten sie auch erlernt.

So groß die Anwenderzahl bei den niedergelassenen Therapeuten auch ist, sie werden kaum auf universitär-akademischer Ebene repräsentiert (vgl. Rosslensbroich B. 1997, S. 3). Immerhin gibt es mittlerweile einige poliklinische Einheiten an Universitätskliniken, die sich schwerpunktmäßig mit Naturheilverfahren beschäftigen. Außerdem gibt es in Deutschland zwei Lehrstühle für Naturheilverfahren (Berlin und Ulm). In München existiert das so genannte Münchner Modell an der Maximilians-Universität<sup>20</sup>, das in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Naturheilverfahren im Universitätsklinikum Benjamin Franklin in Berlin an der Qualitätskontrolle arbeitet.

### 2.2.3 Wirkprinzipien und Ziele

Es gibt eine Möglichkeit, Naturheilverfahren inhaltlich über die Ziele und Wirkprinzipien zu definieren. In der konventionellen Medizin herrschen vor allem drei Therapieprinzipien vor:

1. *eliminatio* – die Ausschaltung (z.B. Beseitigung von Krankhaftem mittels chirurgischer Exzision oder Elimination von Keimen durch Antibiotikatherapie)
2. *directio* – Lenkung/Korrektur (z.B. die pharmakologische Lenkung gestörter Körperchemie)
3. *substitutio* – Ersatz (wie künstliche Herzen oder gentechnologisch hergestelltes Insulin)

Stellenweise – wie bei der Schutzimpfung – wird auch noch das Prinzip der *stimulatio*, der Gabe von heilsamen Reizen, angewandt.

Die Verfahren der natürlichen Therapie sind dagegen so ausgerichtet, dass sie eine Selbstheilung und nicht, wie die Therapieprinzipien *eliminatio*, *substitutio* und *directio*,

---

<sup>18</sup> Rund 77 Prozent aller niedergelassenen Ärzte verordnen einer anderen Untersuchung zufolge gelegentlich bis sehr häufig ein homöopathisches Arzneimittel (vgl. Korzilius A. 1998, S. A2075-2079).

<sup>19</sup> Die Subsumierung der Psychotherapie unter Naturheilverfahren verdeutlicht die Definitionsproblematik.

<sup>20</sup> Eine Beschreibung dieses Modells findet sich in Melchart D. 1994, S. 159-170.

eine Kunstheilung bewirken. Sie zielen auf die Fähigkeiten des Organismus, die bereits im gesunden Organismus vorhanden sind und die auch bei Krankheit in den meisten Fällen noch angesprochen werden können. Es wird, vereinfacht formuliert, der so genannte „innere Arzt“ angesprochen. Dieses stimulierende, therapeutische Prinzip der Naturheilverfahren ist jedoch lange Zeit einseitig und teilweise auch simplifizierend in den Vordergrund gerückt worden. Bühring hat darauf hingewiesen, dass viele Naturheilverfahren auch mithilfe der ersten drei Therapieprinzipien wirken, dass die **stimulatio** jedoch vor allem für die Langzeiteffekte verantwortlich sei (vgl. Bühring M. 1993).

Aufgrund dieser Wirkmodelle wird deutlich, dass bei der *stimulatio* in vielen Fällen die Mitwirkung des Patienten notwendig wird. Sie erfordern oftmals einen persönlichen Einsatz, der über die Zahlung des häufig von den Krankenkassen nicht erstattungsfähigen Arzthonorars hinausgeht. Diese Verfahren erfordern also ein deutlich höheres Wissensniveau über die Therapie als die meisten konventionellen medizinischen Behandlungsverfahren und die Bereitschaft, an der Genesung aktiv mitzuarbeiten.

Aus den Zielen und Wirkprinzipien geht ebenfalls hervor, dass gerade viele Naturheilverfahren – besonders die klassischen Verfahren – sich hervorragend für die Prävention der meisten Zivilisationskrankheiten eignen. Als Beispiel seien die Verfahren der Kneipp-Therapie angeführt. Mit Bewegung (vgl. Braumann K.-M. 1994, S. 2-4), gesunder Ernährung (vgl. Kasper H. 1996, S. 95-100), Beachtung der persönlichen Lebensordnung (vgl. Hörning M. 1999, S. 608-616), gegebenenfalls kombiniert mit Wasseranwendungen, kann nicht nur vielen Bagatellerkrankungen wie grippalen Infekten vorgebeugt werden, sondern auch den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der Todesursache Nummer 1 in den westlichen Industriegesellschaften, und teilweise sogar Krebserkrankungen.

#### 2.2.4 Naturheilverfahren in der Laienpresse

Bislang fehlen Untersuchungen, in denen Naturheilverfahren in der Laienpresse im Blickpunkt des Interesses stehen. Zwei Aspekte werden jedoch auch schon bei der Durchsicht von Laienzeitschriften deutlich:

1. Die Grundsatzdiskussion um Definition und Stellung von Naturheilverfahren spiegelt sich nicht in der medizinischen Laienpresse wider. Beiträge überschrieben mit „Das ist Naturheilkunde“ (*Vital*, 1, 1988, S. 56) oder „Die sanften Therapien – dies sind die elf wichtigsten Behandlungsarten der Naturheilkunde“ (*Brigitte* 23, 1990, S. 120-121) suggerieren dem Leser ein klares, fest umrissenes Bild der Naturheilverfahren, das in dieser Form sicher nicht existiert.
2. Während über die bekannten und eingeführten Naturheilverfahren in der Regel sachlich richtig und objektiv berichtet wird, sind einige Beiträge über Alternativtherapien sehr reißerisch und wecken zum Teil ungerechtfertigte Heilsversprechen (vgl. Ostendorf G.-M. 1993, S. 8; Hörning M. 1992c).

## Zusammenfassung von Kap. 2.2

Naturheilverfahren erfreuen sich in der Bevölkerung einer großen Beliebtheit, werden kontrovers diskutiert und sind nur mangelhaft definiert. Begriffe wie Alternativmedizin, biologische Medizin, Volksmedizin, traditionelle Heilweisen, unkonventionelle medizinische Richtungen, naturgemäße Heilweisen, besondere Therapierichtungen, Ganzheitsmedizin, Erfahrungsmedizin, Komplementärmedizin und Außenseiter-verfahren werden teils gleichbedeutend, teils unterschiedlich verwendet. Eine einheitliche Definition existiert nicht.

In dieser Arbeit wird der Begriff Naturheilverfahren in einer weiten Definition gebraucht, um alle – auch paramedizinische - Verfahren, über die in der Publikumspresse unter diesem oder einem synonym verwendeten Namen berichtet wird, zu erfassen.

Wie wichtig Naturheilverfahren sind, lässt sich unter anderem an der Verbreitung er-messen: Rund ein Fünftel bis ein Viertel der Bevölkerung in Europa sucht mindestens einmal pro Jahr einen naturheilkundlich behandelnden Therapeuten auf. In der Bundesrepublik scheint der Anteil der Befürworter von Naturheilverfahren sogar noch größer zu sein: Rund die Hälfte der Bevölkerung glaubt an die uneingeschränkte Wirksamkeit von Naturheilverfahren. Besonders beliebt sind sie bei Frauen mittleren Alters, die aus der Mittelschicht stammen.

Als wichtiges Wirkprinzip der Naturheilverfahren wird die so genannte Stimulatio angesehen: die Stimulation der Selbstheilungskräfte des einzelnen Organismus. Bei den meisten Verfahren ist die Mitarbeit des Patienten notwendig, um einen optimalen Effekt zu erreichen. Zur Prävention der so genannten Zivilisationskrankheiten können Naturheilverfahren sinnvoll eingesetzt werden.

Deutlich wird bereits bei der Durchsicht von Zeitschriften, dass häufig über alternative Therapien ungerechtfertigt positiv berichtet wird und dass sich die Grundsatzdiskussion über Definition und Stellung dieser Verfahren nicht in der Presse widerspiegelt. Genau ist die Berichterstattung über Naturheilverfahren in der Publikumspresse bislang nicht untersucht worden.