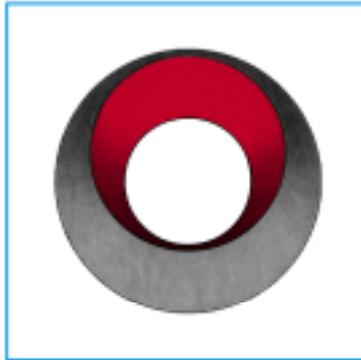


Friedrich-Ebert-Stiftung
Gesprächskreis Arbeit und Soziales



Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Prof. Dr. Robert Francke, Klaus Kirschner, MdB,
Prof. Dr. Petra Kolip, Dr. Sonja Mühlenbruch

**FRIEDRICH
EBERT 
STIFTUNG**

Das Diskussionspapier wird von der Abteilung Arbeit und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von den Autorinnen und Autoren in eigener wissenschaftlicher Verantwortung vorgenommen worden.

Herausgegeben vom Wirtschafts- und sozialpolitischen
Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung
Abteilung Arbeit und Sozialpolitik
D-53170 Bonn
Dezember 2003

Inhalt

Ursula Mehrländer, Peter König

Vorbemerkung.....	5
1. Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule des Gesundheitssystems.....	7
2. Ziele und Differenzierung von Prävention und Gesundheitsförderung.....	8
3. Prävention und Gesundheitsförderung: Ansatzpunkte und Strategien.....	9
3.1 Prävention und Gesundheitsförderung in Kindheit und Jugend.....	10
3.2 Prävention und Gesundheitsförderung im frühen und mittleren Alter.....	12
3.3 Prävention und Gesundheitsförderung im Alter.....	13
4. Aufgaben, Kompetenzen, Finanzierung.....	15
4.1 Gesundheitsschutz und Freiheitsrechte.....	15
4.2 Verhältnis- und Verhaltensprävention, Akteure.....	16
4.3 Institutionelle und prozedurale Zielkonkretisierung.....	16
4.4 Finanzierung.....	17
4.5 Ausbau der Datenbasis.....	17
5. Innovation, Implementation und Koordination, Kommunikation – Funktionen und Organisationsformen.....	18
5.1 Innovation.....	18
5.2 Implementation und Koordination.....	19
5.3 Kommunikation.....	19
5.4 Organisation.....	19

Vorbemerkung

In Deutschland besteht Einigkeit darüber, dass Prävention neben der kurativen Medizin, der Rehabilitation und Pflege zu einer vierten Säule im Gesundheitswesen ausgebaut werden soll. Dadurch sollen in längerfristiger Perspektive nicht nur Kosten gespart, sondern in erster Linie die Lebensqualität der Bevölkerung deutlich gesteigert werden.

Der Gesprächskreis Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung möchte einen Beitrag zur Bewältigung dieser Herausforderung leisten. Deshalb haben wir mehrere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unterschiedlicher Fachrichtungen und den Vorsitzenden des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages, Klaus Kirschner, MdB, darum gebeten, Gestaltungsvorschläge für den Aufbau einer vierten Säule im Gesundheitswesen zu erarbeiten.

In dem jetzt vorliegenden Diskussionspapier haben die Expertinnen und Experten skizziert, mit welchem Grundverständnis sie an diese Aufgabe herangegangen sind: Sie erläutern den Unterschied, aber auch den Zusammenhang von Prävention und Gesundheitsförderung, beschreiben zentrale gesundheitliche Risiken und deren Folgen in unterschiedlichen Lebensphasen. Außerdem gehen sie darauf ein, wie diese Risiken sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnisebene vermeidbar wären. In einem daran anschließenden Kapitel plädieren sie für mehrere Instrumente auf der Politikebene, durch die die vierte Säule gesichert werden könnte.

Die Autorinnen und Autoren haben den Text dieses Diskussionspapiers in eigener wissenschaftlicher Verantwortung verfasst. Für ihre Ausführungen möchten wir uns bei ihnen ausdrücklich bedanken. Das Diskussionspapier ist am 10. Dezember 2003 in Berlin auf der Fachkonferenz des Gesprächskreises Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung zum Thema „Die vierte Säule im Gesundheitswesen – Prävention und Gesundheitsförderung“ der Fachöffentlichkeit vorgestellt und mit ihr diskutiert worden.

Dr. Ursula Mehrländer
Leiterin des Gesprächskreises
Arbeit und Soziales

Peter König
Referent für Sozialpolitik

1. Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule des Gesundheitssystems

Nachdem das Augenmerk der Gesundheitspolitik in den vergangenen Jahren vornehmlich der kurativen Medizin gegolten hat, sind nun Bestrebungen zu erkennen, die zwischenzeitlich belegten Möglichkeiten der Prävention zu nutzen und systematisch auszubauen. Diese Entwicklung ist zu begrüßen, da die vorliegenden Erkenntnisse zeigen, dass eine Fokussierung auf den kurativen Bereich („Reparaturmedizin“) nicht nur Ineffizienzen fortschreibt, sondern auch Behandlungsbelastungen für Patientinnen und Patienten, vorzeitige Erkrankung und Tod nach sich zieht, die durch eine frühzeitig begonnene und wirksame Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategie verhindert werden könnten (siehe hierzu z.B. die Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, z.B. 1996 und 2000/01).

Der folgende Beitrag greift die Diskussion, die z.B. am „Runden Tisch“ bzw. in dem aus ihm hervor gegangenen Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung geführt wird, auf und vertieft insbesondere den Aspekt der Gesundheitsförderung. Die Verbindung von Prävention und Gesundheitsförderung ist eine wirkungsvolle Strategie, die Gesundheitspotenziale der Bevölkerung auszuschöpfen und einen Beitrag zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit sowie zu einer Verringerung der Inanspruchnahme des gesundheitlichen Versorgungssystems zu leisten.

Neben der Kuration, der Rehabilitation und der Pflege sollen Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule in unserem Gesundheitssystem aufgebaut werden. Damit wird deutlich gemacht, dass im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung wirkungsvolle Strategien existieren, mit denen die Entstehung oder die Verschlimmerung vieler Krankheiten entweder ganz verhindert oder zumindest verringert werden können. In diese Offensive für Prävention und Gesundheitsförderung sind nicht nur Ärztinnen und Ärzte eingebunden, sondern gleichberechtigt und abgestimmt viele andere Berufsgruppen wie ApothekerInnen, ErnährungswissenschaftlerInnen, Präventionsfachkräfte, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen usw. Nur im Rahmen einer von Multidisziplinarität und -professionalität getragenen Anstrengung kann es zu einem Synergismus kommen, der alle Möglichkeiten von Prävention und Gesundheitsförderung entfaltet und diesen Bereich zu einem starken Pfeiler in unserem Gesundheitssystem werden lässt.

Mit der Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung als vierter Säule soll erreicht werden, dass unabhängig von sozialer Schicht, Einkommen, Alter und Geschlecht bereits bekannte Möglichkeiten der Vorbeugung oder der Verhinderung der Verschlimmerung von chronischen Erkrankungen und der Verbesserung von Lebensqualität und Wohlbefinden systematisch genutzt werden. Auf diese Weise lassen sich die Belastungen der Bürgerinnen und Bürger durch Krankheit, aber auch die Ausgaben für die Krankenbehandlung langfristig reduzieren. Um dieses Ziel zu erreichen, ist die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes unerlässlich, um das Recht auf diese Leistung und die Verpflichtung, diese auch umzusetzen, zu verankern.

Die aktive Ausgestaltung eines solchen gesetzlichen Rahmens kann – wie in der Krankenbehandlung – von unterschiedlichen Institutionen wahrgenommen werden, wobei klare Aufgabenzuweisungen vorgenommen, Überschneidungen vermieden und abgestimmte Verfahren der Aufgabenwahrnehmung entwickelt werden sollten. Dazu ist es erforderlich, den Unterschied zwischen Prävention und Gesundheitsförderung rechtlich zu präzisieren und den Bezug zu den präventiven Leistungen der Sozialleistungsträger herzustellen. Sichergestellt werden sollte zudem, dass durch eine wissenschaftliche Grundlegung und Weiterentwicklung die Qualität von Programmen und Projekten gewährleistet werden kann. Es sind individual- und populationsbezogene wie verhaltens- und verhältnisorientierte Ansätze zu verfolgen und miteinander in einer Gesamtstrategie zu vernetzen. Die Sozialleistungsträger sollten aktiviert werden. Es sollten gemeinsame, nicht auf die Sozialleistungsträger beschränkte, sondern die anderen Akteure einbeziehende Entscheidungs- und Förderungsstrukturen entwickelt werden, um sowohl abgestimmte Modellprojekte als auch die dauerhafte settingbezogene Umsetzung verwirklichen zu können.

2. Ziele und Differenzierung von Prävention und Gesundheitsförderung

Die Ziele von Prävention und Gesundheitsförderung sind die Vermeidung von Krankheiten, die Steigerung der Lebensqualität und des Wohlbefindens sowie die Verlängerung der bei guter Gesundheit verbrachten Lebenszeit („healthy life expectancy“). Diese Ziele müssen allen Bürgerinnen und Bürgern zugute kommen, unabhängig von sozialen Faktoren wie sozialer Schicht, ethnischer Zugehörigkeit, Alter und Geschlecht. Prävention und Gesundheitsförderung tragen dazu bei, sozial bedingte gesundheitliche Unterschiede abzubauen, indem sie sich auch und gerade an sozial benachteiligte Gruppen richten und Ungleichheiten im Gesundheitszustand ausgleichen. Prävention und Gesundheitsförderung tragen im Übrigen langfristig zur Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems bei, da insbesondere bei Volkskrankheiten die Krankheitsbelastung auf Dauer sinken wird. Der Sachverständigenrat schätzt in seinem Gutachten 2000/01, dass bis zu 30% der Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden können, wenn konsequent in Prävention und Gesundheitsförderung investiert würde. Die notwendigen Investitionen verlangen aber nach verbindlichen Verpflichtungen für die Durchführung von Gesundheitsförderung und Prävention und eine an der vorliegenden Evidenz orientierte Auswahl der Programme.

Den folgenden Empfehlungen liegt ein Rahmenmodell zu Grunde, das zwischen Prävention und Gesundheitsförderung einerseits sowie verhaltens- und verhältnisbezogenen Interventionen andererseits unterscheidet. Wenn im weiteren der Begriff „Prävention“ gebraucht wird, dann meint er immer die Primärprävention, die das Ziel verfolgt, das Neuaufreten einer Krankheit zu verhindern (Beispiel: Impfprogramm, Suchtprävention); Sekundärprävention zielt hingegen darauf ab, eine Krankheit oder Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen, um die Behandlungschancen zu verbessern (Beispiel: Krebsfrüherkennungspro-

gramme); Tertiärprävention hat schließlich das Ziel, die medizinischen oder psychosozialen Folgen spezifischer Krankheiten zu reduzieren und Rückfällen vorzubeugen (z.B. Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, Reduzierung des Amputations- und Erblindungsrisikos bei Diabetes mellitus).

Prävention und Gesundheitsförderung sind zwei unterschiedliche Ansätze, die dasselbe Ziel anstreben: Das gesundheitliche Wohlbefinden der Gesamtbevölkerung soll gesteigert und Krankheiten sollen verhindert werden. Beide Strategien unterscheiden sich aber in ihren Ansatzpunkten und ihrer Zielrichtung: Prävention nimmt ihren Ausgangspunkt bei spezifischen Krankheiten und hat das Ziel, die Risiken für diese Krankheiten zu minimieren. Zielgruppen sind Erkrankte oder Risikoträger. Gesundheitsförderung hingegen zielt nicht auf die Risiken, sondern auf die Ressourcen für die Gesunderhaltung oder Gesundung. Gesundheitsförderung hat das Ziel, personale und soziale Ressourcen zu stärken und Handlungsspielräume zu erweitern, um damit zur Gesunderhaltung und zum Wohlbefinden beizutragen (Beispiel: Aufbau partizipativer Organisationsstrukturen, Unterstützung der Netzwerkbildung). Gesundheitsförderung ist thematisch breiter angelegt als Prävention und will Individuen und soziale Gruppen befähigen, die personalen, sozioökonomischen und Umweltdeterminanten positiv für die Gesundheit zu beeinflussen und ist durch einen partizipativen, ganzheitlichen, intersektoralen und nachhaltigen Ansatz gekennzeichnet. Gesundheitsförderung berührt damit nicht nur die Gesundheitspolitik, sondern auch zahlreiche weitere Politikbereiche, die mit der Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen befasst sind (z.B. Familien-, Arbeitsmarkt-, Verkehrs-, Wohnungs- und Bildungspolitik). Gesundheitsförderung ergänzt die Prävention, weil Zielgruppen angesprochen werden, die z.B. einer Verhaltensänderung wenig aufgeschlossen sind. Hierdurch können Gesundheitspotenziale freigesetzt werden, die bei einer Beschränkung auf Prävention verloren gehen würden. Gesundheitsförderung ist zudem geeignet, positive Aspekte von Gesundheit hervorzuheben, was sich dann wiederum auf die Bereitschaft auswirken kann, auch Verhaltensänderungen in Betracht zu ziehen.

In jüngster Zeit wird der Vorschlag laut, nicht mehr zwischen Prävention und Gesundheitsförderung zu differenzieren, da letztlich beide dem gleichen Ziel dienen und ein Ressourcen stärkender Ansatz in anderen Interventionsfeldern (Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege) aufgeht. Zwar vertreten auch wir den Ansatz, dass sich Gesundheitsförderung an alle Personen richtet, unabhängig davon, ob sie gesund oder krank sind und in welchem Krankheitsstadium sie sich befinden, dennoch halten wir die Unterscheidung für dringend geboten, da bei einer alleinigen Verwendung des Präventionsbegriffs die Ressourcen stärkenden Aspekte zu leicht aus dem Blick geraten. Noch immer ist eine ressourcenorientierte Sichtweise nicht selbstverständlich, und so lange diese Unterscheidung sich nicht auch in der Entwicklung konkreter Maßnahmen widerspiegelt, muss auch sprachlich ein Unterschied gemacht werden.

Quer zu dieser Unterscheidung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention liegt eine Differenzierung hinsichtlich des Hauptansatzpunktes: Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen können einerseits

am Individuum ansetzen („verhaltensbezogene Intervention“), um den Ausbau personaler Ressourcen (z.B. Problemlösekompetenzen) oder den Abbau gesundheitsriskanten Verhaltens zu erreichen (z.B. Suchtprävention). Sie können andererseits aber auch an der sozialen, biologischen und materiellen Umwelt ansetzen, um gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu schaffen (z.B. Verbot von Tabakwerbung, Schaffung gesundheitsförderlicher Lernumwelten; „verhältnisbezogene Intervention“).

Die Gesundheitswissenschaften sind sich einig, dass es zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung nicht ausreicht, ausschließlich primärpräventive Maßnahmen zu entwickeln. Diese müssen vielmehr durch Gesundheitsförderungsansätze ergänzt werden. Eine Verengung der Perspektive auf Prävention hätte zur Folge, dass die Gesundheitspotenziale der Bevölkerung nur teilweise ausgeschöpft werden könnten. Ein Konsens besteht auch hinsichtlich der Frage, dass der ausschließliche Blick auf verhaltensbezogene Maßnahmen - so leicht diese vielleicht in der Umsetzung erscheinen mögen - wenig Erfolg versprechend ist; vielmehr müssen verhaltens- und verhältnisbezogene Ansätze ineinander greifen, denn es ist die Aufgabe der Politik, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen.

3. Prävention und Gesundheitsförderung: Ansatzpunkte und Strategien

Im Folgenden werden unter Bezug auf die drei Lebensphasen Kindheit/Jugend, frühes/mittleres Erwachsenenalter sowie Alter zentrale, über Prävention modifizierbare gesundheitliche Problembereiche benannt, wie auch Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung in diesen Lebensphasen erörtert werden. Für die konkrete Planung und Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist diese Orientierung an Lebensphasen noch zu grob. Es empfiehlt sich eine Orientierung einerseits an Settings (z.B. Kindergarten und Schule bzw. Betrieb), andererseits an spezifizierten Zielgruppen. So sind gerade sozial Benachteiligte häufig nicht über die traditionellen Interventionssettings zu erreichen (z.B. Obdachlose); hier müssen in Kooperation mit anderen Akteuren (z.B. aus dem Sozial- oder Jugendhilfebereich) Programme und Maßnahmen entwickelt werden, die sich gezielt diesen Bevölkerungsgruppen zuwenden.

Die im Folgenden genannten Interventionsbereiche haben exemplarischen Charakter, sie sollen mögliche Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention in unterschiedlichen Altersgruppen beleuchten. Ausgewählt wurden solche Vorschläge, deren Nutzen in der wissenschaftlichen Literatur belegt wurde bzw. die als prioritäre Interventionsbereiche diskutiert werden. Die Liste möglicher Interventionen ist keinesfalls abgeschlossen; es wird die Aufgabe der Akteure (siehe Abschnitt 4.) sein, sie zu ergänzen, Prioritäten zu setzen, die Evidenz für die jeweiligen Maßnahmen zu sichten (unter Rückgriff auf die Arbeiten u.a. der WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation und der US Centers for Disease Control), schließlich zu implementieren und Qualitätssicherungsmaßnahmen zu installieren. Von zentraler Bedeutung

wird dabei sein, jene Maßnahmen auszuwählen, deren Evidenz gesichert ist und die sich ausdrücklich an sozial benachteiligte Gruppen richten, um einen Beitrag zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten. Bedeutsam ist auch, dass die Maßnahmen nicht im Gießkannenprinzip eingesetzt, sondern zur Sicherung der Qualität der Maßnahmen auf spezifische Zielgruppen zugeschnitten und geschlechtersensibel entwickelt werden.

3.1 Prävention und Gesundheitsförderung in Kindheit und Jugend

Prävention

Das Kindes- und Jugendalter sind nach wie vor zwei für die Prävention und Gesundheitsförderung zentrale Lebensphasen, denn in diesen Altersgruppen werden die Grundlagen für die Gesundheit und das Gesundheitsverständnis in späteren Lebensjahren gelegt. So gilt es hier unter präventiven Gesichtspunkten, das Ausmaß gesundheitsriskanten Verhaltens zu reduzieren und protektive Verhaltensweisen aufzubauen, um langfristig Krankheiten wie Herz-Kreislaufkrankheiten oder verhaltensbedingte Krankheiten (z.B. Lungenkrebs, Leberzirrhose) verhindern zu können. Darüber hinaus gibt es auch im Kindes- und Jugendalter spezifische Gesundheitsprobleme, die aus einer Public Health-Perspektive von erheblicher Relevanz sind.

- Unfälle sind der Hauptgrund für Morbidität und Mortalität im Kindes- und Jugendalter. Außer Unfällen im Straßenverkehr sind Unfälle im Haushalt und in der Freizeit bedeutsam. Die Prävention muss hier einerseits am Verhalten ansetzen (Schulung der Eltern zur Vermeidung von Stürzen im Säuglings- und Kleinkindalter; Verkehrssicherheitstraining für Jugendliche; Don't-drink-and-drive-Programme), wie auch durch verhältnisbezogene Maßnahmen (Senkung der Promille-Grenze auf 0, Helmpflicht für FahrradfahrerInnen, Straßenbaumaßnahmen mit Fahrradwegen) eine Senkung unfallbedingter Morbidität und Mortalität erreicht werden kann.
- Asthma und Allergien sind die häufigste chronische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter. Einige Faktoren, die der Prävention zugänglich sind, können vor einer Erkrankung schützen, so eine möglichst lange Stillzeit zum Aufbau des Immunsystems, Nichtraucher der Familienmitglieder und die Schaffung Allergie reduzierender Wohnumwelten (Fenster mit Lüftungsschlitzen, Reduzierung von Teppichböden, Verringerung des Biozidgebrauchs im Haushalt). Eine Entwicklung von Programmen, die gerade auch benachteiligte soziale Schichten erreicht, steht bislang noch aus.
- Durch Kariesgruppenprophylaxe-Programme konnte die Zahngesundheit von Heranwachsenden deutlich verbessert werden. Die Erfahrung mit den Programmen hat aber gezeigt, dass vor allem Karies-Risiko-Kinder aus unteren sozialen Schichten noch immer schlecht erreicht werden. Hier ist die (Weiter-)Entwicklung gezielter Maßnahmen notwendig, um gerade jene Kinder zu erreichen, die von diesen Programmen am meisten profitieren würden.

- Impfprogramme: Zwar sind die Impfraten in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen, die Durchimpfungsraten sind aber vor allem in den alten Bundesländern bei Masern, Mumps, Röteln und Pertussis ungenügend. Es müssen Impfprogramme entwickelt werden, die die Bedenken impfskeptischer Eltern aufnehmen und eine Erhöhung der Impfbereitschaft erreichen.
- Die Verhinderung gesundheitsriskanten Verhaltens und der Aufbau protektiven Verhaltens im Kindes- und Jugendalter ist auf langfristige Sicht eine Erfolg versprechende Präventionsstrategie zur Verhinderung von Volkskrankheiten. Die zentralen Verhaltensbereiche sind hier Ernährung (besonders bedeutsam aufgrund der wachsenden Adipositasproblematik im Kindesalter), Bewegung, Suchtmittelkonsum, Entspannung und Sexualverhalten (Verhinderung sexuell übertragbarer Krankheiten, Vermeidung von Schwangerschaften Minderjähriger). Verhaltensweisen, die in diesem Lebensalter habitualisiert werden, können mit hoher Wahrscheinlichkeit in das Erwachsenenalter übertragen werden. Für viele Bereiche liegen erprobte Programme vor, die insbesondere für das Setting Schule entwickelt wurden. Leider erreichen diese Programme vor allem jene Jugendliche, die sie am wenigsten nötig haben. Daneben lassen sie auch einen geschlechtersensiblen Zugang vermissen.

Gesundheitsförderung

- Im Kindes- und Jugendalter ist nicht nur die Vermeidung und Reduzierung von Risiken notwendig, sondern auch der Aufbau von Kompetenzen und die Förderung von Ressourcen. Die so genannten „Lebenskompetenzprogramme“, die eine Stärkung des Selbstwertgefühls und den Aufbau von Problem- und Konfliktbewältigungskompetenz zum Ziel haben, bieten hier viele Ansatzpunkte. Sie haben in zahlreichen Evaluationsstudien ihre Wirkung hinreichend nachweisen können, so dass eine breitere Implementation im Setting Schule angestrebt werden kann.
- Auch die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensumwelten in den für Kinder zentralen Settings Kindergarten und Schule, die es Kindern und Jugendlichen erlauben, ihre Neugier zu befriedigen, Handlungsmöglichkeiten zu erweitern und Verhaltensoptionen auszuprobieren, ist eine zentrale Maßnahme, die zur Steigerung des Wohlbefindens beiträgt. Gerade die Kindertagesstätten sind als erste Bildungsinstanz in ihrer Bedeutung als gesundheitsförderliches Setting aufzuwerten und umfassende Programme, die auch sozialkompensatorisch wirken können, sind zu entwickeln.
- Für das Jugendalter gilt, wie für alle anderen Lebensphasen auch, dass durch die Unterstützung der Bildung sozialer Netze bedeutsame Ressourcen gefördert werden. Eine Stärkung der außerschulischen Kinder- und Jugendarbeit und eine Vernetzung von Bildungs- und Gesundheitspolitik, gerade mit Blick auf die Erreichbarkeit sozial benachteiligter Gruppen, sind dringend geboten.

3.2 Prävention und Gesundheitsförderung im frühen und mittleren Alter

Prävention

Das frühe und mittlere Erwachsenenalter ist ebenfalls von einigen spezifischen gesundheitlichen Problemlagen gekennzeichnet, wie auch die Veränderung gesundheitsriskanten Verhaltens für die Gesundheit in späteren Lebensjahren von Bedeutung ist.

- Im Zentrum dieses Lebensabschnitts steht die Festigung protektiver und der Abbau gesundheitsriskanter Verhaltensweisen, die sich einerseits auf die Gesundheit im mittleren Lebensalter auswirken (z.B. riskantes Verkehrsverhalten), aber auch langfristig einen Einfluss auf die Gesundheit haben. Die Mortalität durch Herz-Kreislauferkrankungen kann durch eine gesunde Lebensweise (Nicht- rauchen, Verzicht auf täglichen Fleischverzehr, täglicher Gemüseverzehr, Bewegung) gegenüber Menschen mit entsprechend „ungesunder“ Lebensweise um 54% reduziert werden. Bei der verhaltensorientierten Prävention bietet sich – wie auch bei der Gesundheitsförderung – der Zugang über Settings (z.B. betriebliche Suchtprävention) bzw. über spezifische vulnerable Gruppen (z.B. Tabakentwöhnungsprogramme für Schwangere) in besonderer Weise an.
- Muskel- und Skeletterkrankungen sind eine der Hauptursachen für die vorzeitige Berentung. Auch hier genießt das betriebliche Setting besondere Aufmerksamkeit, sowohl für die Etablierung verhaltensbezogener Programme (z.B. Rückenschulen) wie auch für die gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung als verhältnisorientierte Maßnahme. Das Betriebsklima, die Kommunikationsstruktur und das Führungsverhalten der Vorgesetzten sind zentrale psychosoziale Faktoren, die die Ausbildung von Rückenschmerzen beeinflussen.
- Ein weiteres Gesundheitsproblem stellen psychische und psychosomatische Störungen sowie Suchterkrankungen dar, die jeweils in Beziehung zu den Lebensbedingungen gesetzt werden müssen. Hier werden geschlechtsspezifische Differenzen deutlich (sowohl in den Krankheitsbildern wie auch in den Ursachen und Entwicklungsverläufen), so dass Programme und Maßnahmen entwickelt werden müssen, die diesen Unterschieden angemessen Rechnung tragen.
- Präventionsprogramme, die ihren Zugang über die traditionellen Settings wählen, erreichen jene Zielgruppen nicht, die häufig von spezifischen gesundheitlichen Problemen betroffen sind (z.B. Arbeitslose, Obdachlose, Alleinerziehende). Hier müssen gezielt Programme und Maßnahmen entwickelt werden, die einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage dieser Bevölkerungsgruppen leisten.

Gesundheitsförderung

Auch im mittleren Lebensalter können Gesundheitsförderungsmaßnahmen einen Beitrag zur Gesunderhaltung leisten. Hier bieten sich vielfältige Ansatzpunkte, und es wird eine zentrale Herausforderung sein, die-

se in Kooperation mit anderen Ressorts zu nutzen, um gewichtige Beiträge zur Verbesserung des Wohlbefindens leisten zu können.

- Ein zentraler Faktor für die Gesunderhaltung im frühen und mittleren Lebensalter ist die Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Die Ansatzpunkte sind hier sehr vielfältig und reichen von der Ressourcenstärkung junger Familien, über die Schaffung von Rahmenbedingungen, die es Vätern und Müttern erlauben, zeitweise aus dem Beruf auszusteigen, bis zur Einrichtung von Ganztagschulen und der Einrichtung von Betreuungsplätzen für Kinder unter 3 Jahren.
- Im Zusammenhang mit der reproduktiven Gesundheit gibt es erheblichen Gesundheitsförderungsbedarf. So erleben schwangere Frauen häufig eine Entmündigung und die Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt. Hier sind Angebote zu entwickeln, die es Frauen ermöglichen, Eigenverantwortung für diese Lebensphase zu übernehmen und Schwangerschaft und Geburt als Lebensabschnitt zu begreifen, die sie mit Eigenkompetenz bewältigen können (z.B. Etablierung und Unterstützung von Hebammenbetreuungsmodellen und Hebammenkreißsälen in Geburtskliniken).
- Auch gesundheitsfördernde Maßnahmen können sich an spezifischen Settings orientieren. Im frühen und mittleren Erwachsenenalter sind außer der Gemeinde (Unterstützung gemeindebezogener Aktivitäten) auch Betriebe ein zentrales Setting (gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung). Die Zielrichtung ist hier jeweils die Erhöhung von Partizipationsmöglichkeiten und Empowerment.

3.3 Prävention und Gesundheitsförderung im Alter

Noch immer werden die hohen präventiven Potenziale bei älteren Menschen nicht annähernd genutzt. Die Ansätze für Gesundheitsförderung und Prävention im Alter folgen dem gesundheitspolitischen Ziel „Gesund alt werden“, um damit sowohl die Lebenserwartung wie aber auch die Lebensqualität im Alter zu verbessern. Dazu ist es erforderlich, die personalen und sozialen Ressourcen zu fördern, um auch im Alter körperlich und mental beweglich zu bleiben. Letztlich ist es das Ziel, die Zahl der durch Verhaltens- und Verhältnisprävention vermeidbaren Todesfälle zu verringern und älteren Menschen bis zum Ende ihres Lebens eine zumindest „bedingte“ Gesundheit zu erhalten. Dies verringert insbesondere unter dem Aspekt des demographischen Wandels die Krankheitslast der Gesellschaft und Sozialversicherungssysteme und verringert den Verteilungsgrad der Ausgaben für die Versorgung älterer Patientinnen und Patienten, der vor allem durch stationäre Behandlungen bedingt ist. Altern ist nämlich nicht zwangsläufig mit Krankheit verbunden („Altern ist keine Krankheit“), die anwachsenden Kosten sind auch weniger durch akute Krankheiten verursacht als durch chronische, zu deren Vermeidung oder Verringerung eine Reihe von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen angeboten und durchgeführt werden können. Nach aktuellen Berechnungen ergibt sich durch den demographischen Wandel alleine für den stationären Bereich ein Anstieg der Krankheiten des Herzkreislauf-Systems um fast 44%. Der Versorgungsbedarf bei den über

75-Jährigen wird deutlich erhöht: Bei Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall und Herzinsuffizienz um 77%, mit Oberschenkelhalsbruch um 63%, mit Diabetes um 69% und mit organischen Psychosen um 74%. In allen Krankheitsbereichen können Präventionsmaßnahmen die Krankheits- und Behinderungslast sowie Krankheitskosten verringern.

Prävention

- Nicht nur Männer leiden unter chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen und Lungenkrebs, mehr und mehr wächst die Bedeutung dieser Erkrankung auch bei Frauen. Die Einstellung des Rauchens ist zur Vermeidung solcher Erkrankungen ebenso wichtig wie die Verringerung von Schadstoffen in der Außenluft und die Stärkung der körpereigenen Abwehr.
- Zur Vermeidung von Osteoporose und Osteoporose bedingter Brüche (z.B. Oberschenkelhalsbrüchen bei Stürzen) ist der Verzehr calciumreicher Nahrungsmittel (Milch, Milchprodukte, Gemüse) eine wirksame Präventionsmaßnahme. Dazu gehören auch Bewegungsprogramme (Spaziergehen, Gartenarbeit u.ä.), die für den Erhalt der Knochen substanz und damit für die Prävention der Osteoporose von Wert sind. Die Primärprävention mit einer Östrogensubstitutionstherapie bei gesunden Frauen ist dagegen ungeeignet, weil die Infarkt-, Schlaganfall- und Brustkrebshäufigkeit erhöht und ausschließlich Hüftfrakturen und Colonkarzinome verringert werden.
- Wirksam ist eine Sturzprophylaxe mit einem Training zur Verbesserung der Koordination und zur Förderung der Bewegungssicherheit. Hierzu gehören auch Veränderungen im Wohnbereich mit der Verringerung von Stolperfallen und der besseren Sicherung von Treppenstufen (Programme zur Förderung altersgerechter Wohnungen), da mit dem Alter nachweislich die Unfälle und Todesfälle im Haushalt zunehmen. Risikofaktoren für Stürze sind auch übermäßige oder inadäquate Arzneimittelverordnungen für ältere Menschen (lang wirkende Schlaf- und Beruhigungsmittel, dämpfende Antihypertonika usw.), die zu eingeschränkter Reaktionsfähigkeit und gestörter Sinnesfunktion führen. Viele ältere Menschen leiden auch an einer iatrogen verschuldeten Abhängigkeit von Arzneimitteln. Die Auswirkungen der Dauereinnahme oder auch Entzugssymptome bei abruptem Absetzen bringen ältere Menschen ebenfalls in Situationen mit Reaktionsträgheit, Gangunsicherheit oder erniedrigtem Blutdruck, die das Sturzrisiko begünstigen. Ärztinnen und Ärzte müssen daher verstärkt im Hinblick auf die Auswirkungen der Arzneimitteltherapie geschult werden, um nicht Präventionsprogramme zur Vermeidung von Stürzen und deren negativen Folgen zu konterkarieren.

Gesundheitsförderung

Auch im Alter ist es bedeutsam, über Ressourcen steigernde Maßnahmen das Wohlbefinden zu erhöhen. Gesundheitsförderung kann hier einerseits an den Umweltbedingungen ansetzen (z.B. Verbesserung des Wohnumfeldes oder des Zugangs zum öffentlichen Nahverkehr), andererseits können

aber auch in diesem Lebensalter die personalen Ressourcen gestärkt werden.

- Das mentale und psychische Wohlbefinden kann durch Angebote zur veränderten Lebensweise (aus der Isolation zur Integration, z.B. durch Wohngemeinschaften) und durch die Stärkung der kommunikativen Fähigkeiten und Möglichkeiten sowie des Selbstwertgefühls gefördert werden. Die zentrale Orientierung ist dabei nicht eine betreuende, sondern eine aktivierende und partizipative. Beispiele hierfür sind z.B. SeniorInnen-Agenturen und Tauschbörsen, in denen alte Menschen ihre Qualifikationen jüngeren zur Verfügung stellen (vom Kinderhüten bis zur Managementberatung). Solche Maßnahmen, wie auch die Förderung sozialer Netzwerke im Alter hat neben den gesundheitsförderlichen auch präventive Effekte, weil eine Verringerung psychischer Auffälligkeiten und psychiatrischer Erkrankungen (z.B. „Altersdepression“) zu erwarten ist.
- Die Entwicklung gesundheitsförderlicher Umwelten (Wohnbau, Straßenverkehrsplanung), die eine Integration in das kommunale Leben ermöglichen, und der Ausbau kultureller Angebote, die einerseits gezielt ältere Menschen ansprechen, andererseits aber einen Austausch zwischen den Generationen ermöglichen, tragen ebenfalls zu einer Steigerung des Wohlbefindens bei.
- Es geht bei der Prävention und Gesundheitsförderung im Alter nicht nur um die Verhütung von Krankheiten, sondern um Programme gegen die drohenden funktionellen Einschränkungen oder den tatsächlichen Verlust an körperlicher und mentaler Gesundheit. Daher sind Modelle der Integration älterer Menschen ebenso wichtig wie Modelle einer aktivierenden Pflege, wenn eine Pflegebedürftigkeit notwendig wird. Immer sollte das Ziel sein, die vorhandenen Ressourcen älterer Menschen zu nutzen und sie nicht durch eine bevormundende oder verwahrende Medizin und Altenpflege versanden zu lassen.

4. Aufgaben, Kompetenzen, Finanzierung

Bei der Gestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung als vierter Säule des Gesundheitssystems kann, wie mit den bisherigen Ausführungen verdeutlicht, auf unterschiedliche gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen zurückgegriffen werden. Ebenso können aus den Erkenntnissen und Erfahrungen bisheriger Steuerungsversuche Schlussfolgerungen gezogen werden. Im Folgenden werden einzelne Aspekte beleuchtet, die vor diesem Hintergrund für die Gestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung besonders zu beachten sind.

4.1 Gesundheitsschutz und Freiheitsrechte

Prävention und Gesundheitsförderung unterliegen rechtlichen Bindungen. Regelungen der Gesundheitsförderung und der Prävention dürfen die personalen und wirtschaftlichen Freiheiten, die durch die Grundrechte verfassungsrechtlich gewährleistet werden, nicht unverhältnismäßig

beschränken. Der mögliche gesundheitliche Gewinn von Prävention und Gesundheitsförderung ist stets mit den Beschränkungen privater Freiheit auszubalancieren. Sachgerechte Ergebnisse können nur erzielt werden, wenn praktische Konkordanz von Schutzzweck und Freiheitsgewährleistung gesichert ist.

Das Recht, über die gesundheitlichen Angelegenheiten selbst zu entscheiden (Selbstbestimmungsrecht) ist auch bei Prävention und Gesundheitsförderung zu achten. Es umfasst insbesondere das Recht, solche Angebote anzunehmen sowie sie abzulehnen, es gewährleistet das Recht auf Wissen sowie Nichtwissen, und es verpflichtet zur Aufklärung über Voraussetzungen, Folgen und Risiken präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen.

Regelungen der Prävention und der Gesundheitsförderung sind als Angebote an die betroffenen Bürger und Bürgerinnen zu konzipieren. Rechtliche Regelungen können Strukturen schaffen, die es den Trägern ermöglichen, Programme der Prävention und Gesundheitsförderung aufzulegen, und die es den betroffenen Bürgerinnen und Bürgern ermöglichen, Angebote anzunehmen und zu lernen. Solche Regelungen können und sollen jedoch Gesundheitsverhalten nicht unmittelbar und imperativ steuern. Regelungen der Prävention und Gesundheitsförderung begründen also nicht durch Sanktionen durchzusetzende Gesunderhaltungspflichten von Bürgerinnen und Bürgern, solange keine unangemessenen, gesundheitsschädigenden Auswirkungen auf andere gegeben sind.

Eine rechtliche Strategie zu Prävention und Gesundheitsförderung muss also darauf beruhen, Chancen zu einem gesundheitsförderlichen Leben zu vermitteln, nicht aber auf Repression. Sie muss alle Träger, die gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen, auf allen (Verwaltungs-)Ebenen in die Pflicht nehmen, die Auswirkungen ihrer Maßnahmen und Leistungen auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten stets mitzubedenken.

4.2 Verhältnis- und Verhaltensprävention, Akteure

Ob und welchen Beitrag ein Akteur zur Verhältnis- und Verhaltensprävention leisten kann, ob und wie dies rechtlich geregelt oder ausgestaltet ist, hängt von der Zuständigkeit, dem Aufgabengebiet und Wirkkreis der Beteiligten ab. Erforderlich ist also eine organisatorische und sachliche Zuordnung verhältnis- und verhaltenspräventiver Aufgaben zu denen der Sozialleistungsträger und der übrigen staatlichen wie kommunalen Aufgabenträger. Können Aufgaben den Sozialleistungsträgern im Hinblick auf die jeweils von ihnen abzusichernden Risiken sachlich zugeordnet werden, so bestehen kompetenzrechtlich keine Bedenken, entsprechende Leistungen in den Gesetzen der Sozialleistungsbereiche vorzusehen.

Verhältnisprävention ist eine gesellschaftliche Aufgabe, die den hierfür verantwortlichen unterschiedlichen öffentlichen wie privaten Institutionen zugeordnet ist. Der Beitrag der Sozialleistungsträger zur Verhältnisprävention beschränkt sich grundsätzlich auf die Gewinnung von Daten, Sichtung von Erkenntnissen und Weitergabe an die maßgeblichen

Institutionen. Insoweit findet sich bereits eine beispielhafte Regelung in § 20 Abs. 2 SGB V. Darüber hinaus gehende Handlungsspielräume sollten settingbezogen wahrgenommen werden. Um zu gewährleisten, dass bei technischen genehmigungsbedürftigen Entwicklungsprojekten die gesundheitlichen Auswirkungen solcher Entscheidungen stets überprüft werden, könnte in Analogie zur Umweltverträglichkeitsprüfung eine Gesundheitsfolgenprüfung vorgesehen werden. Darin fände der Grundsatz eines *health mainstreaming* seinen Ausdruck.

Die Aufgabe der Verhaltensprävention und der Gesundheitsförderung nehmen nicht-medizinische Bereiche wie medizinische Einrichtungen wahr. Sozialleistungsträger und Leistungserbringer der medizinischen und pflegerischen Versorgung sind mit-, aber nicht alleinverantwortlich. Es ist sicherzustellen, dass die präventive Sichtweise nicht durch die kurative unangemessen überlagert wird. Daher sind Aufgaben der Verhaltensprävention und der Gesundheitsförderung auch durch geeignete nicht medizinische andere Berufe wahrzunehmen. Es sind geeignete Regelungen zu schaffen. Die Aufgabenwahrnehmung für primäre, sekundäre und tertiäre Prävention ist abgestuft in medizinischen und außermedizinischen Einrichtungen spezifisch nach Kompetenz und Eignung zu bündeln.

Ärztinnen und Ärzten kommt eine wichtige Multiplikatoren- und Motivationsfunktion zu. Daher muss auch daran gedacht werden, Honorierungssysteme zu fördern, die Raum für Präventionsaktivitäten schaffen und Anreize bieten, die Prävention zugunsten der Verringerung von Krankheiten und damit von Behandlungsanlässen zu fördern. In diesen Zusammenhang ist auch die Gestaltung der Honorarsysteme zu stellen (Pauschalhonorierungen statt Einzelleistungsvergütung).

4.3 Institutionelle und prozedurale Zielkonkretisierung

Die Zielkriterien von Prävention und Gesundheitsförderung bedürfen der prozeduralen und stufenweisen Konkretisierung. Auf einer relativ allgemeinen Ebene besteht Konsens, die Konkretisierung jedoch für die verschiedenen Aufgabenbereiche, Settings, Gegenstände und Beteiligten legt Konflikte offen. Für diesen Prozess sind Verfahren zu entwickeln, die sicherstellen, dass alle Beteiligten - Sozialversicherungsträger, Leistungserbringer, Patienten und Bürger, Sicherheits- und Technikbehörden, Risikoverursacher - in den Prozess der Aufgabenformulierung, der Standardbildung und der Organisation von Programmen angemessen einbezogen sind. Insbesondere müssen diese Verfahren auch die politische Koordinierung in horizontaler wie vertikaler Hinsicht verbessern und die Zusammenarbeit der Behörden und Verwaltungsträger zugunsten gesundheitsbewusster Entscheidungen fördern. Jedwede Planung sollte immer auch unter dem Aspekt der Auswirkungen auf die Gesundheit einzelner sowie der Bevölkerung betrachtet werden.

4.4 Finanzierung

Die Umsetzung des Programms ist ohne zusätzliche finanzielle Ressourcen nicht möglich. Die sind teils aus Steuermitteln, teils aus den Beiträgen der gesetzlich – und, soweit möglich, der privat – Krankenversicherten zu entnehmen. Es ist zu gewährleisten, dass Beitragsmittel für Aufgaben verwendet werden, die mit der Beitragspflicht in sachlichem Zusammenhang stehen. Entscheidend kommt es insofern auf die gesetzliche Regelung an, die Aufgaben und Leistungen zuweist. Sind z. B. der GKV als einem Zweig der Sozialversicherung Aufgaben und die damit verbundenen Leistungspflichten in kompetenzrechtlich zulässiger Weise übertragen worden, so können diese auch durch Beitragsmittel finanziert werden.

Die Finanzierung soll neben den steuerfinanzierten Anteilen aus Mitteln der Gemeinschaftsaufgabe von GKV, anderen Sozialleistungsträgern (z.B. Unfallversicherung) und PKV erfolgen, da der Nutzen der Maßnahmen langfristig allen Trägern zugute kommt. Sinnvoll könnte ein eigenes Finanzierungsaufkommen für Prävention und Gesundheitsförderung sein, das durch einen festgelegten Betrag pro Versichertem bzw. Leistungsberechtigtem gesetzlich bestimmt ist. Dabei sollte allerdings nur ein Teil der bei den Sozialleistungsträgern für Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung stehenden Mittel gebunden werden, damit weiterhin eigene in erster Linie verhaltenspräventive Leistungen möglich sind. Das Finanzierungsaufkommen für Prävention und Gesundheitsförderung könnte in einem Fonds zusammenfließen und auf die verschiedenen Organisationen angemessen, entsprechend der gesetzlich geregelten und zu regelnden Zuständigkeiten verteilt werden. Es ist grundsätzlich nicht daran gedacht, ökonomisch am Gesundheitsmarkt interessierte Akteure (z.B. die Pharmaindustrie) an der Finanzierung zu beteiligen; in einzelnen Bereichen kann es indes sinnvoll sein, Private durch Spenden einzubeziehen und ihnen so zu ermöglichen, bestimmte präventive Maßnahmen zu unterstützen.

4.5 Ausbau der Datenbasis

Die Zielsicherheit von Programmen der Prävention und Gesundheitsförderung hängt maßgeblich von verfügbaren epidemiologischen Daten ab. Aus den infrage kommenden Problem- und Interventionsbereichen werden sukzessive die relevantesten ausgewählt und in konkrete Maßnahmen umgesetzt werden müssen. Zur Prioritätensetzung zwischen den verschiedenen Interventionsbereichen ist es erforderlich, dass die Gesundheitsberichterstattung in Deutschland weiter ausgebaut, weitere Datenquellen erschlossen, bevölkerungsweite epidemiologische Studien durchgeführt und ergänzend zu den Krebsregistern weitere Krankheitsregister eingerichtet werden. So haben die Erfahrungen sowohl mit den im Rahmen der Deutschen Herzkreislauf-Präventionsstudie (DHP) durchgeführten Gesundheitsbefragungen beziehungsweise dem bundesweiten Gesundheitssurvey 1998 als auch mit dem MONICA-Herzinfarktregister gezeigt, wie präzise sich gesundheitsbezogene Interventionsstrategien entwickeln lassen, wenn eine solide Datenbasis zur Verfügung steht. Wichtig ist, dass die Daten zum einen geschlechtersensibel gewonnen

und ausgewertet werden und zum anderen soziale Indikatoren berücksichtigen, um mit den Interventionsstrategien gezielt gesundheitlichen Ungleichheiten begegnen zu können.

Die erforderlichen Daten lassen sich in dem bestehenden System der gesundheitlichen, insbesondere der Krankenversorgung gewinnen. Daher ist die Auswertung von hier vorhandenen Morbiditätsdaten zu gewährleisten. Dabei ist jedoch der Datenschutz uneingeschränkt durch geeignete Verfahren sicherzustellen und zu gewährleisten.

Die Erweiterung der Gesundheitsberichterstattung um Daten, die für die Prävention nutzbar sind, dient zwei Zielen: Sie soll zum einen die Ableitung von Handlungsempfehlungen unterstützen und befördert damit die Prioritätensetzung. Zum anderen können aber auch die Erfolge der Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen langfristig auf der Grundlage dieser Daten bewertet werden. Sie sind damit ein Instrument der Erfolgskontrolle.

5. Innovation, Implementation und Koordination, Kommunikation - Funktionen und Organisationsformen

Prävention und Gesundheitsförderung brauchen Innovation, Implementation und Kommunikation. Daher sollen die bestehenden Strukturen diesen Erfordernissen angepasst werden. Das bedeutet, präventive Regelungen zusammenzuführen, vorhandene Kompetenzen zu bündeln und Aufgaben- und Rollenverteilungen sachgerecht zu definieren.

5.1 Innovation

Prävention und Gesundheitsförderung brauchen eine solide, wissenschaftlich fundierte inhaltliche Grundlage. Wissenschaftliche Erkenntnisse über Entstehung und Vorbeugung von Gesundheitsschäden und Förderung von Ressourcen müssen zusammengetragen, Präventions- und Gesundheitsförderungskonzepte entwickelt und konkrete Maßnahmen angestoßen werden. Der Erfolg dieser Konzepte und Maßnahmen muss evaluiert werden, um damit die Basis der wissenschaftlichen Evidenz zu verbreitern.

Die auf diese Weise hergestellte wissenschaftliche Evidenz ist Voraussetzung für die Akzeptanz und Implementierung von Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung und für eine breite gesellschaftliche Basis unverzichtbar. Wissenschaftliche Evidenz bereitet zum einen die notwendigen Abstimmungsprozesse über Gesundheitsziele vor, damit stärker als bislang die Aufgaben präventiver, kurativer und rehabilitativer Medizin definiert und aufeinander abgestimmt werden können. Zum anderen trägt sie dazu bei, geeignete Ergebnisparameter auswählen zu können, die für unser Gesundheitssystem und für die Verbesserung der Gesundheit der Zielpopulation Relevanz haben.

Bei der Auswahl von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen müssen folgende Kriterien berücksichtigt werden:

- Zielgruppenorientierung, wobei insbesondere die Wirkungen für sozial benachteiligte Gruppen zu berücksichtigen sind (Arbeitslose, Obdachlose, Menschen, die in Armut leben, Alleinerziehende mit geringem Einkommen);
- Geschlechtssensibilität bzw. -spezifität, weil für die einzelnen Maßnahmen geprüft werden muss, ob sie Frauen und Männer gleichermaßen erreichen und es zudem in vielen Bereichen für Männer und Frauen unterschiedliche Angebote geben muss;
- Häufigkeit der gesundheitlichen Probleme (Prävalenz, Inzidenz);
- Relevanz aus Sicht von Public Health und Medizin (Bedeutung und Krankheitsschwere);
- volkswirtschaftliche Relevanz (direkte und indirekte Kosten);
- nachgewiesene Wirksamkeit der Maßnahmen (Evidenz), fachgerechte Umsetzungsmöglichkeit, Kenntnis über mögliche unerwünschte Wirkungen;
- Beitrag zur Effizienz im Gesundheitssystem (akzeptable Wirksamkeits-Kosten-Relation in der Durchführung und im prognostizierten Ergebnis).

5.2 Implementation und Koordination

Prävention und Gesundheitsförderung brauchen dauerhafte Anstrengungen. Gelungene Konzepte und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung müssen ausgewählt und auf breiter Basis dauerhaft implementiert werden. Erforderlich ist ein abgestimmtes Verfahren, das dazu führt, dass die erprobten Maßnahmen alle angestrebten Zielpersonen erreichen. Es darf nicht vom Engagement einzelner Akteure abhängen, ob Prävention und Gesundheitsförderung angepackt werden oder nicht. Vor allem für den Ausbau settingbezogener Maßnahmen und Konzepte ist es unerlässlich, dass es zu einem koordinierten gemeinsamen Vorgehen kommt.

Erforderlich ist insbesondere, dass sich die Sozialleistungsträger abstimmen, gemeinsam Konzepte und Maßnahmen festlegen und die Umsetzung gewährleisten. Erfolgreiche Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sind häufig nicht trägerspezifisch oder setzen nur bei dem speziellen durch den Träger abgesicherten Risiko an und gehen auch über die üblichen Leistungen und den üblichen Kreis der Leistungserbringer hinaus. Insbesondere settingbezogene Maßnahmen können schwerlich in das übliche Leistungsschema eingeordnet werden. Sinnvoll ist es daher, die Sozialleistungsträger in geeigneten Verfahren zusammenzubringen, damit sie ausgehend von den vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnissen gemeinsam Prioritäten setzen, Interventionsbereiche auswählen und Schwerpunkte ihrer Präventionsstrategien bilden können. Die Mittelverwendung sollte hieran geknüpft werden.

5.3 Kommunikation

Prävention und Gesundheitsförderung brauchen die Erfahrungen und die Unterstützung aller. Daher müssen sich alle Beteiligten des Gesundheitswesens ihrer Rolle für Prävention und Gesundheitsförderung bewusst werden, ihres Beitrags, den sie leisten können, und sie müssen in einem regelmäßigen Verfahren gemeinsame Positionen entwickeln, d. h. sich auch ihrer (ideellen) Grundentscheidungen vergewissern.

5.4 Organisation

Innovation, Implementation und Kommunikation brauchen Orte. Es bedarf eines je spezifischen organisatorischen Rahmens, um Innovation, Implementation und Koordination sowie Kommunikation zu institutionalisieren. Dieser muss die vorhandenen Strukturen aufgreifen, Kompetenzen sinnvoll bündeln und die geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen beachten. Wissenschaftliche Erkenntnisse über Art und Erfolg präventiver Strategien, Maßnahmen und Projekte werden bislang nur unzureichend gesammelt, ausgewertet, für den politischen Prozess aufbereitet und bei dem Leistungsgeschehen der Sozialleistungsträger und der übrigen Verantwortlichen berücksichtigt. Dabei sind bereits verschiedene Ansätze, wissenschaftliche Evidenz herzustellen und vor allem den Entscheidungsträgern zur Verfügung zu stellen, vorhanden. Ein Bereich, der hier genannt werden kann, ist die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder, die einen stärkeren präventiven Bezug bekommen sollte. Aber die Erkenntnisse müssen auch bewertet werden und in die Praxis einfließen. Dazu muss eine Brücke zum Bereich der Implementation gebaut werden. Daraus wird deutlich, dass ein Zusammenwirken und gemeinsame Strategien wichtig sind. Die Sozialleistungsträger können es nicht je für sich schaffen, ihre präventiven Aufgaben und Leistungen entsprechend den Anforderungen einer evidenzbasierten, erfolgreichen Präventionspolitik zu erbringen. Es ist auch nicht sinnvoll, jedem Träger diese Aufgabe aufzubürden. Vielmehr sollte es einen Ort geben, an dem die wissenschaftlichen Erkenntnisse aufbereitet werden. Dann muss über Konsequenzen und Ziele debattiert werden, um Prioritäten festlegen zu können, und schließlich müssen konkrete Projekte und Maßnahmen entwickelt werden.

Für die Aufbereitung der wissenschaftlichen Erkenntnisse bietet sich an, eine entsprechend ausgestattete wissenschaftliche Einrichtung zu schaffen. Dabei ist zu prüfen, inwieweit an Erfahrungen aus der Schweiz angeknüpft werden kann. Die Debatte über Konsequenzen aus den Erkenntnissen und über Gesundheitsziele ist eine politische, die daher auch im politischen Raum geführt werden sollte, die Umsetzung erfolgt durch die jeweiligen Träger gemäß ihren Aufgaben und Kompetenzen. Insofern wäre auch an eine nationale Institution der Koordinierung und Entscheidung zu denken. Die Entwicklung konkreter Projekte und Maßnahmen betrifft die Leistungen der unterschiedlichen Träger, die allerdings nicht jeder für sich, sondern gemeinsam tätig werden sollten, um insbesondere settingbezogene Maßnahmen dauerhaft und an dem jeweils erforderlichen Ort umsetzen zu können. Es zeigt sich also, dass es spe-

zifischer Organisationsformen zur Erfüllung der unterschiedlichen Funktionen bedarf.

Neuere Veröffentlichungen des Gesprächskreises Arbeit und Soziales zur Gesundheitspolitik – eine Auswahl

Überlegungen zur deutschen Alterssicherungsreform vor dem europäischen Hintergrund, Prof. Dr. Diether Döring, November 2003

Neue Antworten sind gefragt: Versorgt uns die Medizin noch bedarfsgerecht? Unter-, Über-, Fehlversorgung im Gesundheitswesen; Nr. 100 (Druckfassung vergriffen)

Gesundheitsreform in Deutschland – Sind Elemente aus anderen Ländern Europas übertragbar auf unsere Reform? Eine Fachkonferenz der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales, 7. April 2003, Berlin

Reform für die Zukunft - Eckpunkte einer neuen Gesundheitspolitik, vorgelegt zur Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales, „Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich“, 11. April 2002

Weichenstellungen für die Zukunft - Elemente einer neuen Gesundheitspolitik, Prof. Dr. Gerd Glaeske, Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach, Prof. Dr. Dr. hc. Bert Rürup, Prof. Dr. Jürgen Wasem, Dezember 2001

Die Expertisen und Tagungsdokumentationen sind kostenlos zu beziehen bei:

Friedrich-Ebert-Stiftung

Abt. Arbeit und Sozialpolitik

D-53170 Bonn

Fax: 0228/883-398

Die Veröffentlichungen finden Sie im Internet unter: www.fes.de - Bibliothek – Digitale Bibliothek – Reihe: Gesprächskreis Arbeit und Soziales

Informationen zur Abteilung Arbeit und Sozialpolitik und zum Gesprächskreis Arbeit und Soziales finden Sie im Internet: www.fes.de/aspol

Autorinnen- und Autorenverzeichnis

Prof. Dr. Robert Francke, Institut für Gesundheits- und Medizinrecht, Universität Bremen

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen, Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Klaus Kirschner, **MdB**, Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages, Berlin

Prof. Dr. Petra Kolip, Zentrum für Public Health der Universität Bremen

Dr. Sonja Mühlenbruch, Institut für Gesundheits- und Medizinrecht, Universität Bremen