

Prävention und Gesundheitsförderung

Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik



Gesprächskreis
Sozialpolitik

Friedrich-Ebert-Stiftung
Gesprächskreis Sozialpolitik

Prävention und Gesundheitsförderung

Ein Programm für eine bessere
Sozial- und Gesundheitspolitik

Thomas Altgeld, Raimund Geene, Gerd Glaeske,
Petra Kolip, Rolf Rosenbrock, Alf Trojan

Herausgegeben vom Wirtschafts- und sozialpolitischen
Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung
Abteilung Arbeit und Sozialpolitik

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

ISBN 3-89892-464-5

© Friedrich-Ebert-Stiftung

Herausgeber: Friedrich-Ebert-Stiftung
Wirtschafts- und sozialpolitisches
Forschungs- und Beratungszentrum
Abteilung Arbeit und Sozialpolitik
53170 Bonn

Layout: Pellens Kommunikationsdesign GmbH, Bonn

Druck: bub Bonner Universitätsbuchdruckerei

Printed in Germany, April 2006

Inhalt

Vorbemerkung	5
1. Einleitung	6
Prävention und Gesundheitsförderung	
2. Was ist Prävention? Was nützt Prävention?	9
3. Wichtige Handlungsfelder der Prävention	16
4. Evaluation und Qualitätsentwicklung	32
5. Anforderungen an ein neues Präventionsgesetz	33
6. Zusammenfassung	38
Literaturverzeichnis	41
Autorinnen- und Autorenverzeichnis	44
Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Arbeit und Sozialpolitik sowie des Gesprächskreises Sozialpolitik	46

Vorbemerkung

Das gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Potenzial von Prävention und Gesundheitsförderung wird nach Einschätzung vieler Experten zu wenig wahrgenommen.

Gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten wie z. B. im Bereich von Umwelt, Arbeit, Bildung und Ernährung haben nach Erkenntnis vieler Wissenschaftler einen entscheidenden Anteil an der Erhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustandes als medizinisch-kurative Leistungen. Deshalb sollte nach ihrer Auffassung der Schwerpunkt zukünftiger Maßnahmen verstärkt auf Prävention und Gesundheitsförderung liegen. Sie erwarten auch, dass sich diese Maßnahmen auf Dauer kostendämpfend auswirken werden.

Präventive und gesundheitsfördernde Angebote müssen selbstverständlich der gesamten Bevölkerung bereitgestellt werden. Aber es hat sich gezeigt, dass sozial benachteiligte Gruppen in unserer Gesellschaft kaum erreicht werden. Im Unterschied zu anderen sozialen Schichten sind sie viel stärker von chronischen Erkrankungen betroffen, was unter anderem bei ihnen zu einer verkürzten Lebenserwartung führt. Deshalb wäre es von größter Bedeutung, insbesondere diesem Personenkreis belastungssenkende und ressourcensteigernde Angebote bereit zu stellen.

Angesichts dieser Einschätzungen hat die Friedrich-Ebert-Stiftung im Rahmen ihres Gesprächskreises Sozialpolitik eine Expertengruppe darum gebeten, ein Konzept für eine zukunftsweisende Sozial- und Gesundheitspolitik zu entwickeln. Dieses Konzept liegt jetzt vor. Es ist in eigener wissenschaftlicher Verantwortung der Autorin und der Autoren verfasst worden. Wir möchten uns an dieser Stelle ganz ausdrücklich für die sehr kooperative Zusammenarbeit und den erstellten Bericht bedanken.

Das vorgelegte Konzept trägt den Charakter eines Diskussionspapiers. Damit soll ausgedrückt werden, dass die vorgetragenen Überlegungen für Anregungen offen sind. Wir hoffen, mit dieser Veröffentlichung einen Beitrag dazu leisten zu können, die öffentliche Diskussion des Themas zu intensivieren und auch, die dringende Notwendigkeit zur Verabschiedung eines Präventionsgesetzes hervorgehoben zu haben.

Die Publikation wird gefördert durch Mittel der DKLB-Stiftung.

Peter König

Leiter des Gesprächskreises Sozialpolitik
Friedrich-Ebert-Stiftung

1. Einleitung

Prävention und Gesundheitsförderung: Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik

Ein „Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“ wird dringend gebraucht. Denn die Versorgung hierzulande hält bei weitem nicht genügend Angebote bereit, die geeignet wären, Gesundheitsrisiken und belastende Faktoren auszugleichen und vorhandene Vorsorgekompetenzen und -ressourcen zu fördern. Ziel des neuen Gesetzes ist die Stärkung der Primärprävention und der Gesundheitsförderung.

In diesem Zusammenhang ist es besonders wichtig, die gesundheitlich und sozial benachteiligten Gruppen unserer Gesellschaft zu erreichen, um deren Gesundheitschancen zu erhöhen. Ein Präventionsgesetz muss deutlich auf die zentralen Zielgruppen ausgerichtet sein, wenn es die Wirkung präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen verbessern will. Diese können nämlich nur dann wirksam werden, wenn sie die Zielgruppe und ihre Lebenslage einbeziehen, die durch Einkommen, Status, Wohnort, Bildung, Beruf, Beziehungsnetze usw. definiert ist.

Dass sozial benachteiligte Menschen in unserer Gesellschaft stärker durch Krankheit und Tod in Folge chronisch-degenerativer Erkrankungen belastet sind als besser situierte Schichten, ist seit langem gesichertes Wissen. Ebenso, dass die Verlängerung der Lebenserwartung weniger auf medizinisch-kurative Interventionen und Fortschritte zurückgeht (geschätzt werden, je nach Themenbereich, 10 bis 40 Prozent, SVR 2005) als auf Verbesserungen im Bereich von Umwelt-, Hygiene-, Arbeits-, Lebens-, Bildungs- und Ernährungsbedingungen. Daher muss hier ein besonderer Schwerpunkt für die Angebote und Aktivitäten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung liegen.

Prävention wirkt kostendämpfend

Wenn durch die erfolgreiche Nutzung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen die Ungleichheit von Gesundheitschancen verringert werden kann, sollte es auch möglich sein, die Krankheitshäufigkeit in unserer Gesellschaft zu verringern und die Morbidität am Lebensende zu verkürzen („compression of morbidity“, siehe Kapitel 2). Damit könnte sich Prävention auf Dauer kostendämpfend auswirken – ein wichtiger Aspekt für die Zukunftsfähigkeit unseres Gesundheitssystems.

Dieses gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Potenzial von Prävention wird derzeit noch zu wenig wahrgenommen. Es ist sogar immer wieder Gegenstand heftiger wissenschaftlicher Auseinandersetzungen, trotz eindeutiger Beispiele: So hat sich die Anzahl der Menschen mit Typ-2-Diabetes auch in Folge zunehmender Übergewichtigkeit in den vergangenen 10 Jahren nahezu verdoppelt und die Prävalenz steigt weiter. Bekannt ist aber, dass der Typ-2-Diabetes insbesondere durch Ernährungsgewohnheiten und körperliche Aktivität beeinflusst werden kann, und dass Menschen mit „normalem“ Körpergewicht nur selten an dieser erworbenen Stoffwechselerkrankung leiden. Derzeit werden die direkten Behandlungs- und Folgekosten des Typ-2-Diabetes für die Behandlung von Herz-Kreislauferkrankungen, Niereninsuffizienz (häufig mit der Folge der Dialysebehandlung), Durchblutungsstörungen und Augenkomplikationen auf rund 30 Mrd. Euro geschätzt. Durch eine frühe präventive Intervention könnten wahrscheinlich bis zu 27 Mrd. Euro eingespart werden.

Prävention und Krankheitsentstehung

Der primärpräventive Ansatz steht neben dem sekundär- und tertiärpräventiven. Sekundärprävention zielt auf die Entdeckung eines eindeutigen, aber möglicherweise (noch) symptomlosen Frühstadiums einer Krankheit und auf eine frühzeitig einsetzende Therapie. Das gesundheitspolitische Ziel liegt hier in der Senkung der Häufigkeit manifester oder fortgeschrittener Erkrankungen oder Krankheitsstadien. Im Rahmen der Tertiärprävention wird schließlich eine Krankheit behandelt, um ihr Fortschreiten zu vermeiden oder zu verzögern. Im engeren Sinne steht hier die Vermeidung, Linderung oder Kompensation von Einschränkungen und Funktionseinbußen als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls im Mittelpunkt (Rehabilitation). Insbesondere bei der Sekundär- und Tertiärprävention können fließende Übergänge zu Kuration bestehen (SVR 2005).

Zusätzlich zur Primärprävention und Gesundheitsförderung sollte ein Präventionsgesetz neben der dominierenden Verhaltensbeeinflussung auch die Verhältnisprävention stärken und fördern. Diese zielt auf die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen als Rahmenbedingungen für Gesundheitserhaltung und Krankheitsentstehung ab. Auch hier gehen die Handlungsfelder weit über die eigentliche Gesundheitspolitik hinaus: Umweltpolitik, Verkehrs- und Städtebaupolitik, Verbraucherschutz und Agrarwirtschaft sind wesentliche Bereiche, die in der Verhältnisprävention Bedeutung haben. Zum Gesundheitsschutz im engeren Sinne gehören zum Beispiel gesundheitlicher Verbraucherschutz (Trinkwasserschutz, Sicherheit von Produkten wie Lebens- und Arzneimitteln), Infektionsschutz, umweltbezogene Aktivitäten (Immissionsschutz, Strahlenschutz usw.), Arbeitsschutz in Betrieben, Verkehrssicherheit und Sicherheitspolitik.

Präventionsgesetz ist überfällig

Ein erstes Präventionsgesetz trat, wie allgemein bekannt, nicht in Kraft. Obwohl es am 22. April 2005 nach ausführlicher Anhörung im Gesundheitsausschuss am 9. März 2005 und den darauf folgenden Diskussionen im Bundestag verabschiedet wurde, hat der Bundesrat am 27. Mai 2005 das Gesetz aufgehoben und den Vermittlungsausschuss angerufen. Es ist nicht zu übersehen, dass der Bundesrat dieses Gesetzesvorhaben in einer Sitzung abgelehnt hat, die fünf Tage nach der Ankündigung vorgezogener Neuwahlen im Herbst 2005 stattfand – das „Aus“ für dieses Gesetzesvorhaben war sicherlich auch parteipolitisch bedingt, die rot-grüne Koalition sollte nicht mit einem gesundheitspolitischen Erfolg in den vorauszusehenden Wahlkampf gehen können.

Umso wichtiger ist es nun, den begonnenen Weg der Beratung und Verabschiedung eines Präventionsgesetzes weiterzugehen und die Strategie zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung gesetzlich zu verankern. Zwar waren die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung über das Scheitern der Gesetzesvorhaben im Jahre 2005 nicht gerade unglücklich, weil sie nun wie bislang die ca. 200 Mio. Euro nach eigenen Prioritäten ausgeben können – und dazu gehören oftmals eher marketingorientierte als evidenzbasierte Aktivitäten. Dies darf aber nicht davon ablenken, dass die Ziele des Präventionsgesetzes insbesondere mit dem Fokus auf sozial benachteiligte Schichten mit vereinheitlichter und einheitlicher Qualitätssicherung an Bedeutung nichts verloren haben.

Die hier vorgelegte Publikation der Friedrich-Ebert-Stiftung, die begleitend zu einer öffentlichen Veranstaltung zum Themenschwerpunkt „Prävention und Gesundheitsförderung“ im Mai 2006 erscheint, erinnert an die Notwendigkeit der Verabschiedung eines Präventionsgesetzes und begründet den dringenden Bedarf hierfür. Denn eine zukunftsfähige Gesundheitspolitik ist ohne Prävention nicht machbar, diese „vierte Säule“

le“ gehört neben den drei Säulen Kuration, Rehabilitation und Pflege zur Basis unseres Gesundheitssystems. Der paradigmatische Wechsel zu einem System, in dem Kuration und Prävention gleichberechtigt nebeneinander stehen, ist längst überfällig. Theoretische Überlegungen und praktische Beispiele in diesem Heft unterstützen diese Forderung.

Die vorliegende Publikation steht in direkter Folge einer ersten Broschüre der Friedrich-Ebert-Stiftung zum Thema aus dem Jahre 2003 mit dem Titel: „Prävention und Gesundheitsförderung

ausbauen“. * Diese erschien vor dem ersten Gesetzesentwurf und hatte das Ziel, die Notwendigkeit eines Präventionsgesetzes wissenschaftlich zu begründen. Die hier nunmehr vor dem nächsten Gesetzesverfahren zusammengetragenen Argumente machen deutlich, dass wir uns ein weiteres Scheitern eines Gesetzesvorhabens nicht mehr leisten können. Die Unterversorgung im Bereich Prävention muss beendet werden – Evidenz, Effizienz und Qualität müssen auch in diesem Bereich zum Konsens in der Gesundheitspolitik werden.

*) Glaeske G., Francke R., Kirschner K., Kolip P., Mühlenbruch S. (2003): Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

2. Was ist Prävention? Was nützt Prävention?

Vorbeugen ist besser als Heilen – aus vielen guten Gründen: Prävention verhindert vermeidbares Leid. Prävention verlängert das Leben. Prävention steigert die Lebensqualität. Prävention ermöglicht ein produktives und aktives Leben. Prävention macht Spaß. Prävention fördert das soziale Kapital und damit den Zusammenhalt in der Gesellschaft. Prävention spart Kosten der Krankenversorgung.

Doch es wird auch gegen die Prävention argumentiert: Prävention funktioniert nicht oder nur unter Zwang. Prävention kann zwar das Leben verlängern, aber die gewonnene Zeit wird in Krankheit und Leid zugebracht. Prävention verursacht Kosten, weil länger lebende Menschen mehr kostenträchtige Krankheiten erleiden.

Im Folgenden geht es darum zu zeigen, dass die guten Gründe für die Prävention zutreffen (können).

Determinanten der Gesundheitsentwicklung

Drei große Trends bestimmen die Entwicklung der Gesundheit in der Bevölkerung reicher Industrieländer (Rosenbrock/Gerlinger 2006). Sie machen deutlich, weshalb die Prävention als notwendiger Bestandteil moderner Gesundheitssicherung erheblich aufgewertet und ausgeweitet werden muss.

1. Steigende Lebenserwartung

Die Lebenserwartung steigt pro Jahrzehnt um etwas mehr als ein Jahr. Wir werden aber nicht nur älter, sondern im Bevölkerungsdurchschnitt auch immer gesünder älter. Dieser Fortschritt in

Hinblick auf Lebensdauer und Lebensqualität ist nur zu maximal einem Drittel auf Fortschritte in der Medizin und in der Krankenversorgung zurückzuführen (SVR 2002, Band I, Ziff. 95 sowie SVR 2005). Zu mindestens zwei Dritteln beruht er – trotz mancherlei gegenläufigen Tendenzen – auf insgesamt besseren Lebensbedingungen, besserer Bildung, besserer Ernährung und gesundheitsgerechterem Verhalten.

Aufgabe der Gesundheitspolitik ist es, diesen Trend zu festigen, das heißt, die gesundheitsfördernden Faktoren zu verstärken und Gesundheitsbelastungen zu verringern. Dies ist nicht mit mehr Medizin, sondern vor allem durch die Schaffung besserer Lebensbedingungen und durch primäre Prävention zu leisten. Schließlich zeigt die Geschichte, dass der Sieg über die großen Infektionskrankheiten mit der Tuberkulose an der Spitze nicht mit den Mitteln der Medizin errungen wurde, sondern durch mehr Hygiene in den Städten, durch bessere Arbeitsbedingungen, mehr Bildung und bessere Ernährung (McKeown 1982).

Perspektivisch geht es darum, in einem insgesamt längeren Leben die Anzahl der mit Krankheit zugebrachten Jahre immer weiter zu verringern (compression of morbidity) (SVR 2005, Ziff. 154 ff.). Während für Deutschland entsprechende Daten noch fehlen, zeigen neuere Untersuchungen zum Beispiel aus den USA, dass eine solche Entwicklung schon heute empirisch messbar ist (Fries 2003): Im Bevölkerungsdurchschnitt verschiebt sich der Beginn der im Lebensverlauf bislang als unvermeidbar geltenden Phase mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen schneller nach hinten, als die durchschnittliche Lebensdauer zunimmt. Die Vision eines längeren und dabei gesünderen Lebens wird also zur Realität.

2. Dominanz chronischer, aber vermeidbarer Krankheiten

Wenn der Trend zum langen und gesunden Leben verstetigt und beschleunigt werden soll, müssen sich die Bemühungen der Gesundheitspolitik in erster Linie auf die wenigen „großen“ Erkrankungen beziehen, die das Krankheits- und Sterbegeschehen in industrialisierten Ländern bestimmen: Herz-Kreislaufkrankungen, bösartige Neubildungen, Stoffwechselerkrankungen wie der Typ-2-Diabetes, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), chronische Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychisch manifestierte Leiden sowie Unfälle. Diese Krankheiten sind für mehr als zwei Drittel des Krankheits- und Sterbegeschehens in den Industrieländern verantwortlich. Bei aller Verschiedenheit im Hinblick auf Verursachung, Krankheitsverlauf und Endpunkt haben sie zwei für die Gesundheitspolitik entscheidende Gemeinsamkeiten:

Zum einen sind sie nach ihrem Auftreten meist nicht mehr heilbar, sondern bedürfen lebenslanger medizinischer und sozialer Behandlung und Betreuung. Daher verursachen sie auch mehr als zwei Drittel der Ausgaben der Krankenversorgung. Die Bemühungen der Gesundheitspolitik zum Abbau von Unter-, Über- und Fehlversorgung insbesondere für chronisch Kranke haben das Ziel, diese Kosten zu verringern oder die dafür aufgewendeten Ressourcen besser zu verwenden. Darüber gerät aber die zweite Gemeinsamkeit häufig aus dem Blickfeld: Diese Krankheiten sind in erheblichem Umfang vermeidbar – und zwar durch den Abbau von Gesundheitsbelastungen in der physischen und sozialen Umwelt, durch Vermeidung von Fehlanreizen in der Ausbildung, bei der Arbeit und beim Konsum sowie durch eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens (SVR 2002, Bd. I, Kap. 2; SVR 2003, Bd. II, Kap. 5, SVR 2005 Kap. 4).

Wenn es beispielsweise gelänge, die gesamte Bevölkerung an wissenschaftlich erwiesenen wirksamen Maßnahmen der Verhaltensbeeinflussung teilnehmen zu lassen, könnte mittelfristig etwa ein Viertel der chronisch-degenerativen Erkrankungen vermieden werden (Schwartz et al. 1999)¹ Hinzu kommen die wahrscheinlich noch größeren Potenziale der Verhältnisprävention, bei der es darum geht, die Lebens- und Arbeitsbedingungen mit den Bedürfnissen der menschlichen Gesundheit in größere Übereinstimmung zu bringen.

3. Ungleiche Verteilung der Gesundheitschancen

Eine präventive Strategie kann nur erfolgreich sein, wenn sie den dritten großen Trend der Gesundheitsentwicklung in Industrieländern angemessen berücksichtigt: Die Chancen für ein langes und gesundes Leben sind auch in reichen Ländern höchst ungleich verteilt. Wenn man sich die gesamte in Deutschland lebende Bevölkerung nach ihrer Ausbildung, der Stellung im Beruf und dem Einkommen als Pyramide vorstellt und diese Pyramide in fünf gleich große „Schichten“ teilt, so wird deutlich, dass sich die Gesundheit wie die Lebenserwartung im Gegensatz zu den Durchschnittsziffern für die Gesamtbevölkerung seit Jahrzehnten nicht verbessert, sondern eher verschlechtert. Angehörige des untersten Fünftels tragen in jedem Lebensalter – von der Wiege bis zur Bahre – statistisch betrachtet ein mindestens doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben wie Angehörige des obersten Fünftels. Dabei zeigen sich auch relevante geschlechtsspezifische Unterschiede: Betrachtet man zum Beispiel die Lebenserwartung im Verhältnis zum Einkommen (hier in Viertel der Bevölkerung unterteilt), werden die Männer im einkommensstärksten Viertel durchschnittlich zehn Jahre älter als die aus dem einkommens-

¹ Bei dieser methodisch gut fundierten Schätzung wird allerdings unterstellt, dass die meist bei gut motivierten Gruppen erzielten Erfolge der Verhaltensbeeinflussung auf die gesamte Bevölkerung übertragen werden können. Insofern ist diese Schätzung im Hinblick auf die Potenziale der Verhaltensprävention wahrscheinlich zu optimistisch. Sie ist andererseits aber auch zu konservativ, weil sie die Möglichkeiten der Verhältnisprävention, von Setting-Projekten und von Gesundheitskampagnen überhaupt nicht berücksichtigt. Eine gut durchdachte Präventionspolitik wird deshalb alle diese Methoden angemessen einbeziehen.

schwächsten Viertel. Bei den Frauen dagegen beträgt dieser Unterschied „nur“ fünf Jahre (SVR 2005, Kap. 4; Mielck 2005).

Die Ursache dieser sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen sind größere Gesundheitsbelastungen von Geburt an durch schlechtere Lebensbedingungen und auch durch riskanteres Gesundheitsverhalten („Armutsspirale“, siehe Kapitel 3). Dies führt dazu, dass nahezu alle Krankheiten bei Menschen mit sozialer oder geschlechtsbedingter Benachteiligung (durch geringe Bildung, geringes Einkommen, ungünstige Arbeitsbedingungen oder Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnverhältnisse, unzureichende soziale Integration, geringe Erholungsmöglichkeiten) und dem mit diesen Faktoren in enger Wechselwirkung stehenden Risikoverhalten (Ernährung, Bewegung, Stressverarbeitung, Tabak- und Alkoholkonsum) sehr viel häufiger auftreten als bei besser situierten Menschen.

Die meisten dieser Faktoren können jedoch beeinflusst werden. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass Prävention mit Methoden und Instrumenten arbeitet, die die sozial benachteiligten Gruppen und Schichten auch tatsächlich erreichen. Sie müssen an ihren erlebten Alltag anknüpfen und Angebote enthalten, die unter den realen Lebensbedingungen auch wirklich angenommen werden.

Präventive Gesundheitspolitik erfordert Innovationen

Zusammengefasst bedeutet dies: Auch weil die medizinisch meist nicht vollständig heilbaren, überwiegend chronischen und degenerativ verlaufenden Erkrankungen dominieren, muss Gesundheitspolitik mehr sein als Kostendämpfung und Verbesserung der Krankenversorgung. Gerade unter diesen Bedingungen erscheint es realistisch und notwendig, am eigentlichen Ziel der Gesundheitspolitik – ein möglichst langes Leben mit möglichst wenig Krankheit für die gesamte Bevölkerung – festzuhalten. Auf dem Weg dorthin müssen zwei große Herausforderungen angenommen werden:

Zum einen geht es nach wie vor darum, durch geeignete Qualifikation, Anreize und institutionelle Bedingungen im System der Krankenversorgung dafür zu sorgen, dass jeder Mensch mit einem chronischen oder akuten Gesundheitsproblem eine vollständige, hochwertige und integrierte Versorgung erfährt. Dazu muss die Über-, Unter- und Fehlversorgung weiter abgebaut werden. Ebenso wichtig ist es zum anderen, durch geeignete Methoden und Instrumente der primären Prävention den Ausbruch von Krankheiten zu verhüten oder hinauszuzögern. Da sowohl die Erkrankungen als auch ihre Ursachen in den sozial benachteiligten Gruppen und Schichten der Bevölkerung sehr viel häufiger auftreten als in den Mittel- und Oberschichten, müssen sich beide Strategien insbesondere auf die Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten der Gesundheits- und Versorgungschancen richten. Auf beide Herausforderungen lässt sich nicht mit bloßer Weiterentwicklung von Bekanntem und Bewährtem antworten, vielmehr sind Neuentwicklungen im Sinne von sozialen Innovationen gefordert. Das impliziert unter anderem, dass Suchprozesse organisiert und Experimente zugelassen werden müssen.

Angesichts der in unserer Zivilisation starken und dauerhaften Anreize zu gesundheitsschädigendem Verhalten kann bloße Information und Aufklärung über Gesundheitsrisiken und gesundheitsgerechtes Verhalten ebenso wenig bewirken wie Zwang und Strafe. Auch aufgrund dieser Erkenntnis hat die Entwicklung von Methoden und Strategien der Primärprävention in den letzten Jahrzehnten einen deutlichen Aufschwung genommen. Ein Meilenstein auf diesem Weg war die Verabschiedung der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung durch die Weltgesundheitsorganisation im Jahre 1986, die der Entwicklung von „New Public Health“ wichtige und bis heute wirksame Impulse verlieh. Gegenüber der hergebrachten Praxis der Gesundheitserziehung und von „Old Public Health“ impliziert dies vier Innovationen (Rosenbrock 2004):

1. Belastungssenkung und Ressourcenförderung

Sowohl Strategien der Verhaltensänderung und Gesundheitserziehung als auch solche der gesundheitsgerechten Gestaltung von materiellen und sozialen Umwelten können sich zwar in manchen Fällen darauf beschränken, tatsächliche oder mögliche Gesundheitsbelastungen zu beeinflussen (wie zum Beispiel chemische, physikalische oder biologische Belastungen, Distress, körperliche und seelische Erschöpfungszustände, geringe Verhaltensspielräume, soziale Isolierung, gesundheitsriskantes Verhalten). Es kommt jedoch zugleich darauf an, die gesundheitsdienlichen Ressourcen (wie Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, Kompetenzen, Information, Bildung, Handlungswissen, Einkommen, angemessene Partizipation, Verhaltensspielräume, Unterstützung durch soziale Netze, Erholung) der betroffenen Individuen und Zielgruppen zu vermehren.

Menschen benötigen diese Gesundheitsressourcen, um Gesundheitsbelastungen physisch und psychisch besser bewältigen zu können, gesundheitlich belastendes Verhalten zu überwinden sowie Handlungskompetenz für die Veränderung von Strukturen zu entwickeln oder freizusetzen, die entweder direkt die Gesundheit belasten oder gesundheitsbelastendes Verhalten begünstigen.

Eine solche Stärkung und Vermehrung von Ressourcen entspricht dem Ansatz der Gesundheitsförderung. Seit der Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung von 1986 bezeichnet Gesundheitsförderung Prozesse, die Individuen oder Zielgruppen zu mehr Partizipation und Selbstbestimmung über ihre Gesundheit verhelfen (*empowerment*).

2. Aufwertung unspezifischer Interventionen

Schon die Geschichte erfolgreicher Primärprävention hat gezeigt, dass mit ein und derselben Strategie (wie Stadtanierung oder Verbesserung der allgemeinen Bildung) Beiträge zur Prävention verschiedener Krankheiten zugleich erzielt werden können. Der gleiche Effekt zeigt sich zum Beispiel bei der Anwendung integrierter Strategien betrieblicher Gesundheitsförderung: Schein-

bar weit von den unmittelbaren Krankheitsursachen angesiedelte Faktoren zu beeinflussen, kann danach einen größeren präventiven Effekt haben – und zwar sowohl im Hinblick auf bestimmte Krankheiten als auch auf die Gesamt-Morbidität/-Mortalität – als die Faktoren zu bearbeiten, deren kausale Beziehung zur Krankheitsentstehung sehr viel enger ist. Diese „sozialen Determinanten“ der Gesundheit, deren Beitrag zur Krankheitsentstehung in vielen Fällen heute noch nicht hinreichend erforscht ist, müssen deshalb so weit wie möglich durch die Prävention verbessert werden.

3. Priorität für Kontextbeeinflussung

Um eine möglichst große Wirkung zu erzielen, reicht es nicht aus, die Intervention auf die Anwendung der traditionellen Instrumente „Information, Aufklärung und Beratung“ zu beschränken. Die Wahrscheinlichkeit des Erfolgs steigt mit der Beeinflussung des jeweiligen Verhaltenskontextes – ob in der Schule, im Betrieb, im Stadtteil, beim Konsum oder bei der Erholung. Dies gilt auf der individuellen Ebene ebenso wie in der Lebenswelt („Setting“, siehe unten) oder im Rahmen von Gesundheitskampagnen für die gesamte Bevölkerung oder definierte Teilgruppen.

Da Interventionen, die sich auf Information, Aufklärung und Beratung beschränken meist weniger komplex sind, weniger Widerstände zu überwinden haben und auch weniger Kosten verursachen, sind sie meist auch leichter zu implementieren. Moderne komplexere Ansätze, die die Verhaltensbedingungen, also den Kontext, berücksichtigen und verändern und deshalb wirksamer sind, erfordern dagegen meist größeren politischen und materiellen Aufwand.

4. Priorität für Partizipation

Aus Theorie und Praxis der Psychologie und der Pädagogik ist bekannt, dass Menschen im Hinblick auf Wissen wie Verhalten umso erfolgreicher lernen, je besser und unmittelbarer das Lernangebot an ihren Alltag anknüpft und je mehr sie das zu Erlernende praktisch ausprobieren und selbst entwickeln können. Das gilt

insbesondere für Menschen mit geringer formaler Bildung. Auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung hat sich bestätigt, dass Verhaltens- und Verhältnisänderungen umso erfolgreicher und nachhaltiger sind, je stärker die Beschäftigten an der Problemeinschätzung, am Entwurf und der Umsetzung der Veränderungen sowie auch an der Qualitätssicherung der Prävention direkt beteiligt sind. Aus diesem Sachverhalt ergibt sich die Forderung nach einem hohen Grad an direkter Partizipation der Zielgruppen.

Querschnittsaspekt Qualitätssicherung

Um die Potenziale dieser vier Innovationen der Primärprävention nachhaltig gestalten und verallgemeinern zu können, tritt Qualitätssicherung als Querschnittserfordernis hinzu. Das klingt zwar selbstverständlich, ist es aber in der Praxis keineswegs. Tatsächlich werden auch heute noch die meisten Projekte und Programme der Primärprävention in Gang gesetzt, ohne zuvor hinreichend genau die Ausgangslage zu analysieren, realistische Ziele und darauf bezogene Strategien zu entwickeln. Es wird nicht ausreichend dafür gesorgt, dass die Umsetzung auch tatsächlich der Planung entspricht und die erwünschten wie unerwünschten Wirkungen der Intervention gemessen und dokumentiert werden.

Eine systematische Präventionspolitik muss deshalb gewährleisten, dass bei präventiven Interventionen die Gebote wissenschaftlich fundierter Qualitätssicherung und Evaluation beachtet werden. Die gesundheitliche Wirksamkeit von Prävention wird dadurch nicht nur – wie heute – an einzelnen Interventionsarten und -feldern, sondern generell nachgewiesen sowie mit dem Ziel der Verbesserung überprüft werden können.

Die Entwicklungsschwerpunkte einer zukunftsweisenden Präventionspolitik ergeben sich damit aus der Zusammenschau der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung mit dem in den letzten Jahren aufgehäuften Wissen über wirksame Wege der Prävention, insbesondere zu sozial benachteiligten und gesundheitlich besonders belasteten Bevölkerungsgruppen.

Der Setting-Ansatz

Moderne Prävention findet dort statt, wo Menschen leben, arbeiten, lernen und spielen – also in ihrer Wohnumgebung, im Stadtteil, im Betrieb, in der Kindertagesstätte, in der Schule, in Freizeiteinrichtungen. Dies sind relativ stabile soziale Zusammenhänge, die mit ihren physischen und sozialen Gegebenheiten nicht nur die Gesundheit der Nutzerinnen und Nutzer direkt, sondern auch ihre Selbstwahrnehmung sowie die Wahrnehmung von Gesundheitsbelastungen und Gesundheitsressourcen beeinflussen. Sie sind zudem für die Möglichkeiten des Umgangs mit Gesundheitsrisiken und Gesundheitsproblemen von Bedeutung. Solche Sozialzusammenhänge werden als Lebenswelt oder auch als „Setting“ bezeichnet. Im Setting-Ansatz werden die gesundheitsförderlichen Potenziale eines Settings genutzt, um Gesundheitsbelastungen sowie Anreize zu gesundheitsbelastendem Verhalten zu senken und Gesundheitsressourcen zu stärken. Dies geschieht durch bauliche, organisatorische und sozialklimatische Veränderungen, die die Nutzerinnen und Nutzer – also Bewohner, Beschäftigte, Lernende und Spielende – unmittelbar einbeziehen.

Dieser Ansatz wurde in Deutschland seit Beginn der 90er Jahre vor allem auf Initiative der Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 20 Abs. 2 des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V)) zunächst für Betriebe erfolgreich entwickelt. Dabei spielen aktivierende Befragungen der Beschäftigten, Diskussionsforen und Gesundheitszirkel eine große Rolle. Hier werden die angenehmen wie die belastenden Faktoren der jeweiligen Umwelt identifiziert und es wird beraten, mit welchen Maßnahmen Gesundheit und Lebensqualität gefördert werden könnten. Für die Umsetzung – ebenfalls im Dialog mit den Beschäftigten – ist ein Steuerkreis verantwortlich, in dem alle zuständigen Entscheidungsträger und Interessengruppen vertreten sind. Initiierende und begleitende Interventionen von außen lösen dabei Prozesse aus, in denen die Beschäftigten ihre Arbeitssituation nach ihren Bedürfnissen mitgestalten.

Dies führt nicht nur zu Veränderungen der Arbeitssituation, sondern auch zur Steigerung des Selbstwertgefühls (*empowerment*). Auf diese

Weise kann eine enge Koppelung zwischen Verhaltensprävention und Verhältnisprävention erreicht werden. Da sich die Intervention auf das gesamte Setting bezieht, wird keine Zielgruppe ausgeschlossen. Durch mehr Transparenz, Partizipation und Aktivierung werden gesundheitsrelevante Kompetenzen entwickelt, die auch bei der Wahrnehmung und Gestaltung anderer Lebensbereiche, zum Beispiel in der Familie oder in der Freizeit, nützlich sind.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung sinkt bei sorgfältiger Anwendung dieses Verfahrens die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit – insbesondere bei hoch belasteten Beschäftigtengruppen – um bis zu einem Drittel. Gleichzeitig steigen die Arbeitszufriedenheit und die Lebensqualität, und zwar nicht nur kurzfristig, sondern zumindest für mehrere Jahre (Lenhardt 2003). In der betrieblichen Gesundheitspolitik geht es derzeit vor allem darum, dieses wirksame Vorgehen (SVR 2002, Bd. III.3, Ziff. 27 ff.) in immer mehr Betrieben anzuwenden (Bertelsmann Stiftung, Hans Böckler Stiftung 2004).

In der Präventionspolitik wird versucht, die gesundheitlichen Potenziale dieses Verfahrens auch für andere Lebenswelten nutzbar zu machen. Erfolg versprechende Ansätze finden sich zum Beispiel dort, wo der Gedanke der Gesundheitsförderung in Projekte der Schulentwicklung integriert wird. Oder aber auch beim Quartiersmanagement im Stadtteil, wenn Bewohnerinnen und Bewohner in sozialen Brennpunkten durch partizipative Verfahren wie Planungszellen, open space workshops, Kiezversammlungen etc. an der Problemdiagnose und der Verbesserung ihrer Wohnumgebung und des Umgangs miteinander beteiligt werden.

Wirksame Kampagnen sind kontextbezogen

Die mögliche Anwendungsbreite des Setting- oder Lebenswelt-Ansatzes in der Prävention ist bei weitem noch nicht ausgelotet. Auch hier zeigt sich wieder: Wenn die Primärprävention zur „vierten Säule“ der Gesundheitssicherung auf-

und ausgebaut werden soll, geht es nicht einfach um mehr Geld für die Anwendung bekannter Verfahren. Es geht immer auch um einen gesellschaftlichen Entwicklungsauftrag, zu dessen Erfüllung Experimente und Erprobungen zugelassen werden müssen – freilich stets so gut dokumentiert und begleitet, dass daraus tragfähige Schlussfolgerungen für die Verbesserung der Interventionen gezogen werden können (siehe Kapitel 4).

Das gilt auch für einen weiteren Schwerpunkt der künftigen Entwicklung wirksamer Primärprävention in Deutschland: die Gesundheitskampagne. Eine Kampagne ist eine systematisch geplante Kombination von Maßnahmen (Einzelprojekten) zur Erreichung gesundheitsbezogener Ziele bei der Gesamtbevölkerung oder bei definierten Zielgruppen (Töppich 2004).

Kampagnen ohne relevanten Kontextbezug („Esst mehr Obst“, „Sport tut gut“, „Rauchen gefährdet die Gesundheit“) richten sich in der Regel an die gesamte Bevölkerung. Sie transportieren gesundheitsrelevante Botschaften, ohne jedoch auf die fördernden und hemmenden Bedingungen ihrer Annahme und Umsetzung einzugehen oder gar diese zu verändern. Sie sind unaufwändig zu organisieren, haben aber, wenn überhaupt, nur eine geringe gesundheitliche Wirkung. Typischerweise werden sie auch nicht im Hinblick auf gesundheitliche Wirkungen evaluiert. Sie entsprechen nicht (mehr) dem Stand des gesundheitswissenschaftlichen Wissens.

Eine fachgerechte Gesundheitskampagne bedarf hingegen der Planung entlang der Logik des „Public Health Action Cycle“ (Rosenbrock 1995). Dazu ist es erforderlich, die nötigen Interventionsschritte in einem Interventionskonzept zu beschreiben, das die teilnehmenden Akteure einbezieht, die verschiedenen Maßnahmen steuert und auf dessen Grundlage ständig überprüft werden kann, ob die Kampagnenziele erreicht werden.

Das ausgesprochen erfolgversprechende Instrument bevölkerungsbezogener Kampagnen der nicht-medizinischen Primärprävention mit Kontextbezug wurde in der Bundesrepublik bislang nur drei Mal eingesetzt: mit der Kampagne

zum Sicherheitsgurt in den 60er Jahren (sehr erfolgreich, Vieth 1988), mit der – ebenfalls erfolgreichen – Trimm Aktion (ab 1970) und ihren Nachfolgekampagnen wie „Trimming 130 – Bewegung ist die beste Medizin“ (ab 1983, Mörath 2005) sowie mit der HIV/Aids-Kampagne vor allem in den 80er und 90er Jahren (zumindest in den zentralen Zielgruppen etwa 15 Jahre sehr erfolgreich, Rosenbrock / Schaeffer 2002, Rosenbrock 2003).

Bei der Kampagne zur HIV/Aids-Prävention wurde zum Beispiel die über Massenmedien zentral von der BZgA vermittelte Botschaft „Gib Aids keine Chance“ nebst Logo („umbrella message“) in vielen dezentralen, kontextbezogenen Maßnahmen umgesetzt, zum Beispiel in Schulen, Freizeiteinrichtungen und Betrieben, in personalkommunikativen Maßnahmen („Rettet die Zärtlichkeit“, LoveLine etc.) sowie durch die Verfügbarmachung von Kondomen und sterilen Spritzbestecken. Den massenmedialen Hintergrund nutzten auch die etwa 150 lokalen und regionalen Aids-Hilfen sowie zahlreiche Gesundheitsämter für ihre an Zielgruppen und regionale Gegebenheiten angepassten Aktivitäten.

Bei den Kampagnen „Trimm Aktion“ und „Trimming 130 – Bewegung ist die beste Medizin“ gingen die massenmedialen Maßnahmen mit dem Bau zahlreicher „Trimm-Dich-Pfade“ und zahlreichen lokalen Kampagnen beziehungsweise setting-basierten Projekten (zum Beispiel Mitmach-Aktionen in Schulen) einher. Alle drei Kampagnen zeigen, dass sich große und nachhaltige Effekte nur durch mehrjährige koordinierte und aufeinander aufbauende Aktivitäten eines breiten Bündnisses von Akteuren erzielen lassen.

Vermutlich lässt die Effektivität und Effizienz von Kampagnen nach, wenn mehr als eine Kampagne zur gleichen Zeit geführt wird. Dies legt es nahe, Gesundheitskampagnen insbesondere zu den „großen“ Themen der Verhaltenspräven-

tion zu organisieren, also zu Ernährung, Bewegung, Stress und Drogen (möglicherweise auch in sinnvollen Kombinationen, beispielhaft zum Thema Tabakprävention vgl. SVR 2002, Band III.3, Ziff. 62 ff.).

Eine kontextbezogene Kampagne umfasst alle drei Interventionsebenen: Neben der Information und Sensibilisierung der Gesamtbevölkerung / Zielgruppe, die über die Massenmedien erreicht werden soll, geht es immer auch um die Anregung von geplanten und spontanen Setting-Projekten. Letztlich soll damit meist individuelles Verhalten verändert werden, was wiederum auch durch Maßnahmen der individuellen Prävention (mit und ohne Kontextbezug) zusätzlich angeregt oder verstärkt werden kann. Es ist zu hoffen, dass in der gegenwärtigen Themenkonjunktur zur Präventionspolitik die hier liegenden Chancen erkannt und genutzt werden.

Mit Setting- bzw. Lebenswelt-Projekten und Gesundheitskampagnen wurden hier zwei Interventionsformen benannt, die nach vorliegendem Wissen und Erfahrungen besonders gut die moderne Primärprävention („New Public Health“) repräsentieren, von denen sehr gute und nachhaltige Wirkungen erwartet werden können. In Deutschland werden sie bisher allerdings nur unzureichend genutzt. Für ihre breitere Anwendung und Weiterentwicklung hätte das im Jahr 2005 gescheiterte Präventionsgesetz deutlich verbesserte Voraussetzungen geschaffen.

Primärprävention soll sich natürlich nicht auf diese beiden Formen beschränken. Selbstverständlich müssen auch andere Formen der Verhaltens- und Verhältnisprävention verstärkt zur Anwendung kommen – vorausgesetzt, ihre Wirksamkeit ist erwiesen und bei der Durchführung wird für eine angemessene Qualitätssicherung gesorgt². Bei der Mischung von Zugangswegen und Methoden kommt es darauf an, sich an den wichtigsten Handlungsfeldern auszurichten.

2 Das gilt auch für die heute kaum noch in ihrer Bedeutung wahrgenommene, für unsere Gesundheit aber unverzichtbare „technische Primärprävention“ (Lebensmittelsicherheit, Sicherheit von Bauten und Verkehrswegen, Wasserver- und -entsorgung, technischer Arbeitsschutz etc.), die Impfungen (mit derzeit deutlichen Verbesserungspotenzialen), die Vorsorge für Katastrophen und auch für die Sekundärprävention (Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, Heranwachsenden und Erwachsenen), soweit ihre gesundheitliche Wirksamkeit nachgewiesen ist.

3. Wichtige Handlungsfelder der Prävention

3.1 Die Gesundheitschancen nachwachsender Generationen sichern

Ein Fünftel der deutschen Bevölkerung sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre. Bislang liegen jedoch keine repräsentativen und verallgemeinerungsfähigen Daten zur Kinder- und Jugendgesundheit vor. Mit belastbaren Daten ist erst 2008 zu rechnen, wenn die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS), die das Robert-Koch-Institut zurzeit erstellt, abgeschlossen ist. Die derzeit zur Verfügung stehenden Daten stammen aus Einzelstudien und Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen auf kommunaler und Länderebene. Solche Ergebnisse bewirken immer wieder den einen oder anderen Aufschrei, wie gravierend sich die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hierzulande verschlechtert hätte. Auch wenn es in vielen gesundheitlichen Bereichen Handlungsbedarfe gibt, ist es jedoch kaum nützlich, Einzelaspekte zu dramatisieren und dabei die gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen Kinder und Jugendliche mit Gesundheitsrisiken aufwachsen, nicht zu berücksichtigen.

Einige Reformen im Bereich der Familien- und Bildungspolitik wie die Erhöhung des Kindergeldes und die Förderung von Ganztagschulen tragen auch zur Verbesserung der Gesundheit bei. Investitionen in Bildung, insbesondere der Ausbau von (kostenfreien) Kindertagesstättenplätzen und Ganztagschulen sind auch wichtige Investitionen in die Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen. Der spezifische Auftrag von Gesundheitspolitik in diesem Bereich ist eine engere und systematische Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und dem Bildungssektor, insbesondere um die Gesundheitschancen sozial benachteiligter Kinder zu sichern. Denn gesundheitliche Problemlagen sind auch eine unmittelbare Folge sozialer Benachteiligung und Armut. Zur Sicherung der Gesundheitschancen nachwachsender Generationen sollen diese Zusammenhän-

ge und die sich daraus ergebenden Handlungsbedarfe hier genauer analysiert werden.

Kinderarmut und ihre Folgen

Die Armutsrate von Kindern unter 14 Jahren steigt in Deutschland schneller an als die Armutsrate der Gesamtbevölkerung. Kinder sind häufiger arm als Erwachsene. Kleinkinder unter drei Jahren wiesen 2003 mit 11,1 Prozent die höchste Sozialhilfequote aller Bevölkerungsgruppen auf. Die durchschnittliche Sozialhilfequote aller Bevölkerungsgruppen lag im gleichen Zeitraum bei 3,4 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2004). Eine 2005 vorgestellte UNICEF-Studie zur Kinderarmut in den OECD-Staaten zeigt, dass sich die Situation von Kindern nicht nur in Deutschland, sondern in 17 von 24 OECD-Staaten verschlechtert hat. Mit einem Wachstum um 2,7 Prozentpunkte seit 1990 ist die Kinderarmut in Deutschland jedoch stärker angestiegen als in den meisten anderen Industrienationen. Hauser hatte bereits 1989 den zutreffenden Begriff der „Infantilisierung der Armut“ (S.120) geprägt. Seitdem hat sich in Westdeutschland die Kinderarmut mehr als verdoppelt, auf mittlerweile insgesamt 1,4 Millionen Kinder in Deutschland. Besonders stark ist die Armutsrate von Kindern aus Zuwandererfamilien gestiegen (UNICEF, 2005).

Bislang werden die Folgen, die Armut für die Bildungs- und Gesundheitschancen dieser Kinder, aber auch für ihre sozialen Chancen auf ein erfülltes Leben in dieser Gesellschaft hat, zu wenig betrachtet. In den Kindheits- und Jugendjahren werden gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen entscheidend geprägt, und der Aufbau von Gesundheitsressourcen spielt für das spätere Gesundheits- und Krankheitsverhalten eine wichtige Rolle. Bestimmte körperliche Entwicklungsreife sind Voraussetzung für Schulfähigkeit und Schulerfolg. Gerade deshalb kommt dem frühzeitigen Erkennen von Entwicklungs- und Chancendefiziten eine besondere Bedeutung zu.

Bereits der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung stellt fest: „Vor allem junge Familien mit kleinen Kindern tragen ein erhöhtes Armutsrisiko. Die Einkommensposition von allein Erziehenden hat sich in den 90er Jahren relativ verschlechtert. [...] Armut von Kindern ist vielfach eine Folge geminderter Erwerbs- und Einkommenschancen. Allein erziehende Mütter und Mehrkindfamilien weisen sowohl ein erhöhtes Zugangs- als auch ein höheres Verbleibensrisiko in Armutslagen auf. Kinder sind vor allem hohen Entwicklungsrisiken ausgesetzt, wenn belastende Faktoren kumulieren“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2001, S. 118).

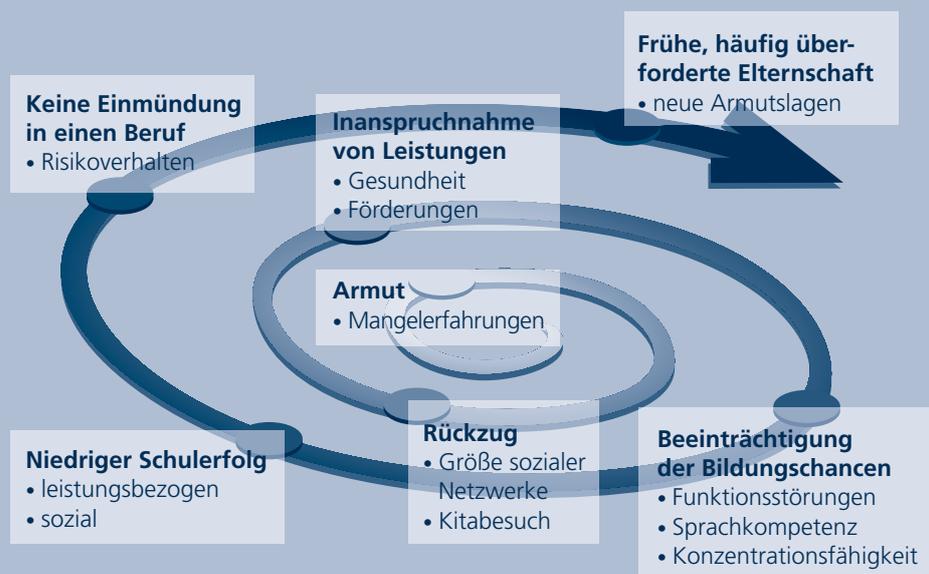
Eine rein materielle Betrachtung von Armutslagen beschreibt die Situation armer Kinder nur höchst unzureichend. Armut wirkt sich auf alle Lebensbereiche aus. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung legt jedoch einen weiter gefassten Begriff der Armut zugrunde als nur den ökonomischen. Danach werden „Kinder vor allem dann als arm bezeichnet, wenn folgende Kriterien zutreffen:

- wenn die für ein einfaches tägliches Leben erforderlichen Mittel unterschritten werden,

- wenn es an unterstützenden Netzwerken für ihre soziale Integration mangelt,
- wenn sie von den für die Entwicklung von Sozialkompetenz wichtigen Sozialbeziehungen abgeschnitten bleiben,
- wenn Bildungsmöglichkeiten für ihre intellektuelle und kulturelle Entwicklung fehlen,
- wenn sie in ihrem Umfeld gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgesetzt sind,
- wenn Kinder in Familien vernachlässigt werden,
- wenn Kinder in Familien Gewalt ausgesetzt sind.“ (ebd.)

Tatsächlich korrespondiert die Einkommensarmut der Eltern in der Regel mit weiteren Armutsfolgen bei den betroffenen Personen und Familien: kultureller und sozialer Armut und Benachteiligungen sowie gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Insbesondere die Folgen der Armut für die kindliche Entwicklung und die Bildungschancen sind allerdings bislang schlecht untersucht. Auch die gesundheitlichen Folgen von Armutslagen bei Kindern wurden erst in den letzten Jahren genauer betrachtet. Dabei lässt sich das Zusammenwirken von Armutslagen, Bildung und Gesundheit als Armutsspirale charakterisieren (vgl. Altgeld, 2005, S. 248).

Abbildung 1: **Armutsspirale**



Quelle: Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Grafik IKK Bundesverband

Armut führt bei vielen Familien zunächst einmal zu Rückzug, was sich beispielsweise am Besuch von Kindertagesstätten belegen lässt. Nach Fuchs nimmt „bei Kindern im Kindergartenalter die Besuchsquote mit steigendem Nettoeinkommen zu, von 74 Prozent in der niedrigsten auf 83 Prozent in der höchsten Einkommensgruppe“ (Fuchs, 2005, S. 164). Fuchs konstatiert eine „Unterrepräsentanz bildungsferner Milieus“ (ebd. S. 169) im vorschulischen Bereich. Dieser Rückzug betrifft auch die Inanspruchnahme eltern-/familienbezogener Sozialer Dienste und von Früherkennungsuntersuchungen bei Kinderärzten, obwohl alle diese Leistungen für die Zielgruppen kostenlos angeboten werden. Holz u.a. stellen selbst bei Leistungen wie Schuldnerberatung eine geringere Nutzung durch arme Familien fest. Auch Jugendamts-, Erziehungs- und Eheberatungs- sowie Familienbildungsangebote werden weniger genutzt (2005, S. 109).

Direkte gesundheitliche Auswirkungen der Armut

Armut hat unter anderem auch unmittelbare gesundheitliche Auswirkungen für einen Großteil der Kinder. Bereits bei neugeborenen, sozial benachteiligten Kindern lassen sich im Verhältnis zum Durchschnitt oft ein geringeres Geburtsgewicht und eine höhere Infektionsanfälligkeit feststellen. „Die Information, dass Stillen für die Neugeborenen gesund ist, scheint bisher vor allem bei Frauen der oberen Statusgruppen angekommen zu sein“ (Mielck, 2005, S.79).

Gesundheitliche Belastungen sind ebenfalls ungleich verteilt. Eine wichtige Schadstoffbelastungsquelle für Kinder stellt das Rauchen eines oder beider Elternteile dar. „Das Rauchen ist bei den Müttern und Vätern mit niedriger Schulbildung weiter verbreitet als bei den Müttern und Vätern mit höherer Schulbildung. Diese Unterschiede im Rauchen – bzw. im Passivrauchen – werden dadurch noch vergrößert, dass die rauchenden Eltern mit niedriger Schulbildung zu meist mehr Zigaretten pro Tag rauchen als die rauchenden Eltern mit höherer Schulbildung“ (Mielck, 2000, S. 189). Hinzu kommt, dass diese

Familien häufig in kleinen Wohnungen leben, in denen sich die Schadstoffe in der Luft konzentrieren.

Kinder aus sozial benachteiligten Familien weisen aus all diesen Gründen nach übereinstimmenden Befunden der Gesundheitsberichterstattung und wissenschaftlicher Studien für alle Erkrankungsarten deutlich höhere Prävalenzen auf als gleichaltrige, besser gestellte Kinder. Auch das Unfallrisiko ist deutlich erhöht (vgl. ebd.). Die Kumulation der Folgen von höheren Krankheitslasten, psychomotorischen Beeinträchtigungen und mangelhafter Inanspruchnahme von Früherkennungs- und Förderangeboten lässt sich spätestens bei den Schuleingangsuntersuchungen deutlich als Benachteiligung für den Schulstart ablesen (vgl. u.a. Merseemann, 2000). Kinder aus armen Familien sind in ihren Bildungschancen massiv beeinträchtigt, weil sie mit erhöhten, häufig erst sehr spät erkannten gesundheitlichen und psychosozialen Auffälligkeiten eingeschult werden. Zudem ist das dreigliedrige deutsche Schulsystem nicht sozialkompensatorisch angelegt, sondern tendiert zu früher sozialer Selektion, d.h. die Hauptschule muss als „Auffangbecken“ für problembehaftete Schülerinnen und Schüler aller Art dienen.

Die Folgen mangelnder Förderung

Deutschland ist, wie die Ergebnisse des „Program for International Student Assessment“ (PISA) deutlich zeigen, ein Land mit größten sozialen Disparitäten in den Bildungschancen. Diese sind in Deutschland sogar weit mehr ausgeprägt als in Staaten mit größeren sozialen Ungleichheiten wie beispielsweise den USA, Mexiko oder Brasilien, wo der Status der Herkunftsfamilie deutlich weniger über den Bildungserfolg entscheidet als in Deutschland. Insbesondere der Frühförderung sozial benachteiligter Kinder kommt eine wesentliche Bedeutung zu: „Während in Deutschland die Koppelung von sozialer Lage der Herkunftsfamilie und dem Kompetenzerwerb der nachwachsenden Generation ungewöhnlich straff ist, gelingt es in anderen Staaten ganz unterschiedlicher geographischer Lage und kultureller

Tradition, trotz ähnlicher Sozialstruktur der Bevölkerung, die Auswirkungen der sozialen Herkunft zu begrenzen. Dies ist in der Regel auf eine erfolgreichere Förderung von Kindern und Jugendlichen aus sozial schwächeren Schichten zurückzuführen“ (Artelt u.a. 2001, S. 41).

Eine solche gezielte Förderung sozial benachteiligter Kinder in der Jugendhilfe und Schule ist in Deutschland nicht gegeben. Deshalb kommt es zu so genannten „persistierenden Ungleichheiten, d.h. zur Vererbung des Chancemangels der Eltern an ihre Kinder und zur Zementierung von Chancenungleichheiten in sozialen Randgruppen“ (Friedrich-Ebert-Stiftung, 2004, S. 8). Mehr Förderung ist vor allem beim Erwerb der deutschen Sprache notwendig, was auch gesundheitliche und soziale Aspekte einschließt. Diese kommen aber in der deutschen Bildungsdiskussion bisher zu kurz. Vor allem im Hinblick auf die Wettbewerbsposition der Bundesrepublik Deutschland werden bislang nur die mangelhaften Ergebnisse des Bildungssektors stärker beachtet. So hält auch der zweite Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung nur resümierend fest: „Die Chance eines Kindes aus einem Elternhaus mit ‚hohem‘ sozialen Status, ein Studium aufzunehmen, ist 7,4-fach größer als die eines Kindes aus einem Elternhaus mit niedrigem sozialen Status“ (BMGS, 2004, S. 89).

Die genauen Bedingungen für diese Benachteiligung werden jedoch nicht analysiert. Auch hier liefert die PISA-Studie wichtige Hinweise auf besonders kritische Entwicklungsphasen: „Die Entwicklung des Zusammenhangs von sozialer Herkunft und Leistung scheint ein kumulativer Prozess zu sein, der lange vor der Grundschule beginnt und an den Nahtstellen des Bildungssystems verstärkt wird“ (Artelt u.a. 2001, S. 37).

Bessere Kooperation der Bereiche gefragt

Bisher fehlt eine Verzahnung der verschiedenen Hilfesysteme, insbesondere sind die im Hinblick auf Chancengleichheit von Kindern relevanten Bereiche der Jugendhilfe, der Schule und der Gesundheitsversorgung unzureichend miteinander verknüpft. Dabei zieht die Armutsspirale

nicht nur gesundheitsbezogenes Risikoverhalten nach sich, sondern auch höhere Kriminalitätsraten, höhere Unfallraten, höhere Gewaltbereitschaft und mangelnde soziale Bindungsfähigkeit. Die Jugendministerkonferenz diagnostizierte 2005 sogar eine veränderte „somatische Kultur“ bei sozial benachteiligten Jugendlichen: „Die lebenslagenabhängigen Sozialfaktoren werden zudem häufig verstärkt durch gesellschaftliche Entwicklungen im Sinne einer veränderten ‚somatischen Kultur‘. Diese bewegt sich ambivalent zwischen einer ästhetisierten ‚Körperversessenheit‘ und einer das Alltagsleben beherrschenden ‚Körpervergessenheit‘. Wissen und Integrieren von Gesundheit in die persönliche, familiäre alltägliche Lebensgestaltung sind als Selbstverständlichkeit in erheblichem Umfang verloren gegangen. Dies lässt sich besonders deutlich an den Aspekten wie Ernährung und Essverhalten, Bewegung oder Belastungen durch Suchtmittelgebrauch, Medienkonsum oder Fehlgebrauch von Pharmaka aufzeigen“ (Jugendministerkonferenz, 2005).

Nur langsam werden die sektoralen Wahrnehmungsbarrieren in diesen Bereichen überwunden. So hat die deutsche Jugendministerkonferenz in ihrer Sitzung am 12. und 13. Mai 2005 in München einstimmig eine Entschließung zur „Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ verabschiedet und die „Mitverantwortung der Kinder- und Jugendhilfe“ dabei definiert. In Punkt 2 der Entschließung heißt es: „Die Jugendministerinnen und Jugendminister werden insbesondere darauf hinwirken, dass die Kinder- und Jugendhilfe von der Jugendarbeit, der Eltern- und Familienbildung bis hin zu den Hilfen zur Erziehung gesundheitliche Belange konsequent berücksichtigt und gesundheitsfördernde Potenziale und Kompetenzen junger Menschen und ihrer Eltern stärkt“ (ebd.).

Beispielhafte Modellprojekte

Bereits heute existieren einige Erfolg versprechende Modellprojekte, die dieser Anforderung gerecht werden. Sie fördern die Gesundheitspotenziale von Kindern und Jugendlichen und zeigen,

wie der Gesundheitsbereich effektiv mit anderen Sektoren zusammenarbeiten kann. Ein Beispiel ist das folgende Projekt in Baden-Württemberg:

„Endlich fragt mich mal einer!“

Bedarfserhebung zur gesundheitlichen Lage von allein Erziehenden und ihren Kindern im Rems-Murr-Kreis und Entwicklung von darauf aufbauenden Maßnahmen und Strukturen

Allein Erziehende sind aufgrund ihrer Lebenssituation erhöhten Belastungen ausgesetzt, die sich negativ auf ihre Gesundheit auswirken. Ziel des langfristig angelegten Projektes in Baden-Württemberg ist es, zu einer nachhaltigen Verbesserung der Lebenssituation allein Erziehender und damit zur Förderung ihrer Gesundheit beizutragen. Dazu werden Angebote, Strukturen und Lebensbedingungen im Rems-Murr-Kreis erhoben, überprüft, verändert oder neu geschaffen.

Die im Projekt durchgeführten schriftlichen Befragungen sowohl der allein Erziehenden als auch der zentralen Fachinstitutionen bieten den Betroffenen sowie den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren einen hohen Grad an Beteiligung. Diese fördert Bewältigungsstrategien im personalen, sozialen und materiellen Bereich.

Die Umsetzung des Projektes erfolgt gemeinsam mit den anderen Akteurinnen und Akteuren im lokalen Umfeld. Auf fachliche Empfehlung der Projekt-Planungsgruppe wurden aus den zentralen Ergebnissen der Befragung die Handlungsschwerpunkte „Kinderbetreuung“, „finanzielle Situation“ sowie „Beratungs- und Versorgungsangebote“ abgeleitet. Diese Handlungsschwerpunkte werden in den zuständigen regionalen Gremien und Institutionen weiter bearbeitet.

Allerdings darf die Wirkung solcher Modellprojekte nicht überschätzt werden. Es fehlen gerade im Bereich der Förderung von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen in Deutschland nicht viele engagierte Einzelprojekte, sondern es fehlt eine systematisch betriebene Integration von Jugendhilfe, Schule und Gesundheitssektor, um die Gesundheits- und Bildungschancen nachwachsender Generationen zu verbessern. Hier

könnte das Präventionsgesetz mit strukturellen Lösungen einen wesentlichen Beitrag leisten, um diese überfällige Verzahnung herzustellen.

Insbesondere sollten niedrigschwellige Strukturen rund um die Geburt aufgebaut werden, die Geburtshilfe, Jugendhilfe und Familienbildung miteinander vernetzen und Angebote gezielt an benachteiligte Familien herantragen. Auch hierfür gibt es bereits erfolgreiche Beispiele wie das Projekt „Soziale Frühwarnsysteme“ in Nordrhein-Westfalen oder das Projekt der Familienhebammen in Niedersachsen. Beide wurden allerdings trotz ihres nachweisbaren Erfolges nicht flächendeckend umgesetzt, weil die finanziellen Mittel dafür fehlen. Ein weiterer wesentlicher Ansatzpunkt für die frühe Förderung benachteiligter Kinder ist der Zugang zu Kindertagesstätten und ein entsprechender Stellenwert von Gesundheit in den Landesbildungsplänen, die die Bildungsziele für Kindertagesstätten festlegen. Wenn Gesundheit, die für die Schulfähigkeit ja eine wichtige Voraussetzung darstellt, hier stärker und umfassender verankert werden könnte, wären entscheidende Weichenstellungen für die Gesundheit von Kindern erreicht.

3.2 Gesund alt werden

Schon zu Beginn des 21. Jahrhunderts sind ca. 25 Prozent der Bevölkerung älter als 70 Jahre. Die Zahl der älteren und „hochbetagten“ Menschen wächst. Diese Entwicklung bedeutet eine große Herausforderung für Prävention und Gesundheitsförderung. Zwar ist Alter keineswegs mit Krankheit gleichzusetzen: Über die Hälfte der 70-jährigen Männer und über 40 Prozent der Frauen gleichen Alters schätzen ihre Gesundheit positiv ein. Allerdings zeigt sich in der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands auch, dass über 30 Prozent der 45- bis 79-Jährigen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht bezeichnen (Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung). Für die Gesundheitsversorgung bedeutet vor allem die mit dem Alter zunehmende Multimorbidität ein erhebliches Problem: Mehr als die Hälfte der

70- bis 85-Jährigen berichtet, gleichzeitig an zwei bis vier Krankheiten zu leiden, etwa ein Viertel ist sogar von über fünf und mehr Krankheiten betroffen.

Befragungen wie der Alterssurvey, der Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts oder der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung liefern ein Bild der allgemeinen gesundheitlichen Situation. Aber es gibt auch genügend Daten aus der Krankenversorgung (insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen), die zeigen, dass mit dem Alter häufig Funktionseinschränkungen (Nachlassen der Beweglichkeit, Belastbarkeit, Seh- und Hörfähigkeit, Kontinenz etc.), typische Volkskrankheiten (koronare Herzkrankheit, Typ-2-Diabetes, Lungenerkrankungen, Krebs) sowie Demenzen, Depressionen und Knochenbrüche nach Stürzen einhergehen.

Die verschiedenen „Betroffenheiten“ treten in der Regel nicht isoliert auf, sondern als Komplex von physischen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen. Schichtspezifische Unterschiede in der Krankheitshäufigkeit sind auch bei älteren Menschen festzustellen. Es gibt jedoch empirische Hinweise darauf, dass sich der soziale Gradient mit zunehmendem Alter im Bevölkerungsdurchschnitt abschwächt. Im individuellen Lebensverlauf können sich soziale Benachteiligungen allerdings kumulieren und zu einem komplexen Hilfebedarf führen.

Die im Alter häufigeren und komplexeren Gesundheitsprobleme sollten jedoch nicht entmutigen. Schon im Bericht des Sachverständigenrates (2002/2001, Bd. 1) hieß es: „Die hohen präventiven Potenziale bei älteren Menschen werden unterschätzt. Um diese Potenziale zu realisieren, sollten sich die Maßnahmen und Strategien nicht allein auf die Verhütung von Krankheiten beziehen, sondern vielmehr den gesamten Alternsprozess mit seinen funktionellen Einschränkungen und dem drohenden oder tatsächlichen Verlust von körperlicher und mentaler Fitness sowie den daraus resultierenden Problemen der sozialen Integration berücksichtigen.“

Präventionsmöglichkeiten im Alter

Politisch wurde auf die Herausforderungen der alternden Bevölkerung und der altersspezifischen Multimorbidität zunächst mit einer Expertise reagiert, die wissenschaftlich fundierte Ideen und Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter aufzeigt und internationale Beispiele zur Weiterentwicklung von Maßnahmen in Deutschland präsentiert (Kruse 2002). Vorrangige Aufgaben werden in dieser Expertise vor allem in folgenden Bereichen gesehen:

- Kampagnen zur Vermittlung eines „positiven Altersbildes“,
- Entwicklung eines gesunden Lebensstils zur Reduktion von krankheitsfördernden Risikofaktoren (ausreichendes körperliches und kognitives Training und ausgewogene, vitaminreiche Ernährung sowie genügend Flüssigkeitsaufnahme),
- Förderung einer aktivierenden, rehabilitativen Pflege,
- Etablierung/Förderung des „präventiven Hausbesuchs“.

Ein Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung zur „vierten Säule im Gesundheitssystem“ (Gesundheitsministerin Ulla Schmidt) kommt ohne diese auf die Zielgruppe der alten Menschen gerichteten Maßnahmen nicht aus!

Grundidee der Prävention im Alter ist, dass Gesundheit, körperliche Leistungsfähigkeit und Anpassungsvermögen eines Menschen nicht abrupt abnehmen, sondern allmählich zurückgehen und dass dieser Rückgang aufgehalten werden kann. Ein weiterer Grundgedanke ist, dass die Altersmorbidity hinausgeschoben werden kann („compression of morbidity“) – nach Meinung einiger Experten um 10 Jahre.

Zentrale Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter sind eine aktive, selbstständige Lebensführung, körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, die Vermeidung von körperlichen und psychischen Erkrankungen sowie die Aufrechterhaltung oder Schaffung angemessener Unterstützungsnetzwerke.

Um diese Präventionsziele zu erreichen, gilt es, auch die außerhalb der Person, ihrer persön-

lichen Anlagen und individuellen Verhaltensweisen liegenden Faktoren zu beeinflussen. Das bedeutet: Nicht nur Lebensstil, Alltagsgestaltung, Gesundheitsverhalten und individuelle Bewältigungsmöglichkeiten sind Zielbereiche der Gesundheitsförderung im Alter, sondern auch Umweltfaktoren. Dazu gehören vor allem die Gestaltung der Wohnung (Barrierefreiheit, Ausstattung mit Hilfsmitteln), die Zusammensetzung der Bewohnerschaft im Haus oder der Nachbarschaft (Mehrgenerationenwohnen), die Ausstattung des Wohnumfeldes mit altersgerechter Infrastruktur, Angebote zur Erhaltung der psychischen und physischen Aktivität sowie eine auf alte Menschen abgestimmte Gestaltung des Personennahverkehrs.

Teilhabe als Voraussetzung für Autonomie

Aktivität und Selbstständigkeit sind wichtige Voraussetzungen für das gesunde Altern. Partizipationsmöglichkeiten sowohl im sozialen Nahraum wie auch in den Strukturen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung können ein wichtiger Anreiz hierzu sein. Die allseits gewünschte Übernahme von Eigenverantwortung erfordert Selbst- und Mitbestimmungsmöglichkeiten.

Auch ältere und sehr alte Menschen haben Kompetenzen zur Bewältigung ihrer Probleme. Prävention und Gesundheitsförderung setzt an diesen Ressourcen an. Das von der WHO vertretene Konzept des „Active Aging“ bezeichnet die Verbesserung von Chancen für mehr Gesundheit, Partizipation und Sicherheit – wesentliche Bestandteile des übergeordneten Ziels, die Lebensqualität alternder Menschen zu erhalten oder zu verbessern.

Ein praktisches Beispiel der Förderung von Gesundheit und Selbstständigkeit stellt das mehrfach preisgekrönte Projekt „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ dar (Meier-Baumgartner, Dapp, Anders 2004), das am Albertinen-Haus Hamburg entwickelt wurde. Entstanden ist ein multimodales Programm für die Schwerpunktbereiche Ernährung, Bewegung und Soziales. Es verknüpft

Interdisziplinarität sowohl mit einer verhaltensorientierten als auch einer verhältnisorientierten Dimension. Neben einem Gesundheitsberater-Expertenteam sind der Hausarzt, geriatrische Klinik, Altenhilfe-Instanzen sowie die offiziellen Seniorenvertretungen (Landesseniorenbeirat und Seniorenorganisationen) eingebunden. Die Entwicklung von Eigenverantwortung (empowerment) ist systematisch in das didaktische Konzept des Projekts integriert. Das Präventionsprogramm wurde von den über 500 Teilnehmerinnen und Teilnehmern (durchschnittlich 70 Jahre alt und zu 60 Prozent weiblich) positiv bewertet und führte zu einer guten Akzeptanz.

Hausbesuche bewahren die Selbstständigkeit

Unter volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Erwägungen ist insbesondere der Unfallschutz wichtig. Ein Drittel der über 65-Jährigen stürzt mindestens einmal im Jahr, meistens in der eigenen Häuslichkeit. Bei einem von 20 bis 30 dieser Fälle sind Frakturen die Folge. Ein Knochenbruch kann eine Abwärtsspirale mit negativen Auswirkungen nicht nur für die Mobilität, sondern auch für die Selbstständigkeit, die Lebensqualität und den Lebensmut auslösen. Neben personenbezogenen Maßnahmen sind in diesem Bereich insbesondere verhältnisbezogene Maßnahmen in der Wohnung und im Verkehr sowie Kampagnen zur Sicherheit für die Prävention bedeutsam. Das EU-geförderte Projekt ENABLE-AGE (QLKGT-2001-00334) konnte in beeindruckender Weise zeigen, wie stark Stürze auf ungeeignete Wohnbedingungen rückführbar und auch durch solche prognostizierbar sind – und im Umkehrschluss dazu durch Wohnungs- und Wohnumfeldanpassungen auch vermeidbar wären.

Eine für dieses Ziel und auch allgemein zunehmend stärker empfohlene Maßnahme ist der präventive Hausbesuch. Wie bei anderen Früherkennungsmaßnahmen geht es dabei um die „Diagnose“ personen- und umfeldbezogener Risikofaktoren und ihre möglichst weitgehende Beseitigung. Neben der Ausschaltung individueller

Risikofaktoren ermöglicht ein Hausbesuch aber gleichzeitig auch eine allgemeine Beratung zu den zentralen Themen des gesunden Alterns (Ernährung, körperliche und geistige Aktivität, soziale Kontakte und Partizipation).

Zum Einfluss von präventiven Hausbesuchen auf die Mortalität, auf Pflegeheim- und Krankenhausaufnahmen, auf den funktionalen und psychosozialen Status alter Menschen liegen kontrolliert randomisierte Wirksamkeitsstudien vor. Eine systematische Bewertung der Evidenz (Meinck u.a. 2004) konstatiert zusammenfassend einen vorhandenen „unspezifischen Wirksamkeitsnachweis bei weitgehend ungeklärten Erfolgsdeterminanten“. Es wird außerdem auf eine nur begrenzte Übertragbarkeit von in anderen Versorgungssystemen gewonnenen Ergebnissen hingewiesen. Für Deutschland werden kontrollierte Studien angeregt. Ähnlich differenziert hat sich Ende 2004 die AG 3 „Gesund altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung geäußert: Nach intensivem Studium der wissenschaftlichen Beweislage und einer Expertenanhörung wurde der präventive Hausbesuch „eindeutig positiv“ bewertet und Klärungsbedarf für relevante Einflussgrößen festgestellt. Daher werden für Deutschland zunächst „differenziert evaluierte Modellvorhaben“ gefordert. Für solche Modellvorhaben zum Angebot eines präventiven Hausbesuchs wären auch praktische und ethische Aspekte der Erreichbarkeit sozial benachteiligter alter Menschen sorgfältig zu berücksichtigen.

Soziale Netze schützen

Schließlich sollte im Hinblick auf vermeidbare Risiken nicht das familiäre Umfeld älterer Menschen aus dem Blick geraten, dessen Mitglieder im Falle von Betreuungs- oder Pflegebedürftigkeit schnell zu Sekundärbetroffenen werden. Der größte Teil der pflegenden Angehörigen gehört heute bereits selbst der dritten und vierten Generation an (Schneekloth 2005). Sie schultern eine erhebliche Belastung und leisten weit über 80 Prozent der gesamtgesellschaftlichen Betreu-

ungsleistung für ältere Hilfsbedürftige. Sie sind jedoch in der Regel weder auf derartige Aufgaben vorbereitet noch geschult und tragen ein großes Risiko, selbst zu erkranken. Im Rahmen einer intensiven Langzeitpflege besteht zudem die Gefahr, allmählich in eine soziale Deprivation zu driften (Kofahl et al. 2005).

Sehr häufig sind alte Menschen überhaupt nicht in erreichbare soziale Netze eingebunden. Unter präventiven Gesichtspunkten ist es daher wichtig, auch Modelle gemeinsamen Wohnens in Haus- und Wohngemeinschaften systematisch zu fördern und zu evaluieren. Solche neuen Wohnformen schützen vor Krankheitsentstehung durch Einsamkeit, zudem erleichtern sie eine gegenseitige Unterstützung im Alltag.

Präventionsgesetz muss Impulse geben

Zwar gibt es inzwischen einige gesetzliche Früherkennungsmaßnahmen für das höhere Lebensalter (neben dem hausärztlich-geriatrischen Basis-Assessment zum Beispiel die Koloskopie). Eine systematische, zumindest bezüglich einzelner Interventionen flächendeckende Prävention und Gesundheitsförderung im Alter gibt es jedoch bisher nicht. Zu deren Realisierung wären zahlreiche systembedingte Probleme und Barrieren anzugehen: mangelnde Koordination der beteiligten Professionen, Institutionen, Akteure und politischen Ebenen; Qualifikationsdefizite, fehlende gesetzliche Verankerung sowie fehlende Anreize. Hinzu kommen sicher auch häufig noch ein problematisches Selbstbild der älteren Menschen sowie eine unzureichende Unterstützung aus ihrem persönlichen Umfeld.

Wie bei allen Zielgruppen der Prävention und Gesundheitsförderung sind Interventionen bei alten Menschen besonders dann Erfolg versprechend, wenn sie geschlechtersensibel angelegt sind und den Anforderungen unterschiedlicher sozioökonomischer Positionierung in der Gesellschaft Rechnung tragen.

Ein Präventionsgesetz kann zwar nicht alle bestehenden Probleme und Defizite der Prävention und Gesundheitsförderung im Alter ange-

hen, es sollte aber entscheidende Impulse setzen, um in diesem unterschätzten und bisher vernachlässigten Bereich substanziell voranzukommen.

3.3 Geschlechtergerechte Prävention und Gesundheitsförderung

Das Geschlecht bestimmt entscheidend den Gesundheitszustand, das gesundheitsrelevante Verhalten und den Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem. So liegt die Lebenserwartung der Männer in Deutschland zum Zeitpunkt der Geburt mehr als sechs Jahre unter jener der Frauen. Dieser Unterschied geht zum einen auf die höhere Säuglingssterblichkeit männlicher Neugeborener zurück. Diese erklärt sich dadurch, dass zahlreiche der auf dem x-Chromosom vererbten Krankheiten durch das kürzere y-Chromosom nicht ausgeglichen werden können, zudem sind im Falle einer Frühgeburt – die Lungen männlicher Säuglinge in einem unreifen Stadium und ihr Immunsystem ist anfälliger als das weiblicher Säuglinge.

Geschlechtsspezifisches Risikoverhalten

Bedeutsamer für die geringere Lebenserwartung sind aber andererseits die höhere Unfallhäufigkeit männlicher Kinder und Jugendlicher sowie die vorzeitige Sterblichkeit an spezifischen, durch das Verhalten mitverursachte Krankheiten. Vor dem 65. Lebensjahr sterben Männer mehr als zweimal so häufig an Herzinfarkt und Leberzirrhose. Mehr als dreimal soviel Männer wie Frauen verlieren ihr Leben durch Unfälle und Suizid. Die Sterblichkeitsstatistiken legen nahe, dass vor allem solche Todesursachen zur geringeren Lebenserwartung der Männer beitragen, die durch gesundheitliches Risikoverhalten (Alkoholkonsum, riskantes Verkehrsverhalten) mitbedingt sind. Dieses Risikoverhalten ist geschlechtsspezifisch (Lademann, Kolip 2005):

- Mehr Männer als Frauen rauchen. Nach den Ergebnissen des letzten Mikrozensus geben 20 Prozent der Männer und 11 Prozent der

Frauen an, starke Raucher zu sein, also über 20 Zigaretten pro Tag zu konsumieren. Dabei sind die Geschlechtsunterschiede in den mittleren und höheren Altersgruppen ausgeprägter als in der jüngeren Bevölkerung, hier lassen sich Angleichungsprozesse beobachten.

- Doppelt so viele Männer wie Frauen (30 vs. 15 Prozent) zwischen 30 und 65 Jahren konsumieren Alkoholmengen, die über dem als riskant definierten Wert liegen (für Frauen: 10 g pro Tag, für Männer: 20 g pro Tag; RKI 2003).
- Männer ernähren sich fett- und kalorienreicher, zudem essen sie weniger Obst und Gemüse.
- Im Bereich der körperlichen Aktivität verhalten sich Männer gesundheitsförderlicher als Frauen, zumindest dann, wenn es um sportliche Aktivitäten geht. Der Anteil körperlich nicht Aktiver ist bei den Frauen höher als bei den Männern. Werden allerdings auch Alltagsaktivitäten (Haus- und Gartenarbeit, Einkäufe zu Fuß, Treppen steigen) berücksichtigt, verringern sich die Geschlechtsunterschiede.

Die genannten Unterschiede im gesundheitsrelevanten Verhalten zeigen sich bereits im Jugendalter. Auch hier finden sich typische Unterschiede im Rauch- und Ernährungsverhalten, in der körperlichen Aktivität und im Alkoholkonsum. Sie verweisen darauf, dass solches Verhalten zur Darstellung von Weiblichkeit und Männlichkeit eingesetzt wird und mit dem Geschlecht eng verwoben ist. Zwar lassen sich auf einer oberflächlichen Ebene Angleichungsprozesse beobachten – so rauchen inzwischen ähnlich viele Mädchen wie Jungen, zunehmend mehr Jungen ernähren sich vegetarisch und auch im Alkohol-Probierkonsum unterscheiden sich die Geschlechter nicht –, auf einer qualitativen Ebene lassen sich aber nach wie vor deutliche Unterschiede beschreiben: So rauchen Jungen regelmäßiger und Zigaretten mit höherem Teer- und Kondensatgehalt, sie bevorzugen andere Alkoholsorten (Jungen: Bier, Mädchen: Wein und Sekt) und sie konsumieren häufiger als Mädchen rauschhaft (einschließlich „Binge drinking“).

Mangel an geschlechtsspezifischen Angeboten

Vor dem Hintergrund der verhaltensbedingten geringeren Lebenserwartung der Männer wäre zu erwarten, dass die Potenziale von Prävention und Gesundheitsförderung geschlechtsspezifisch ausgelotet werden und Maßnahmen gezielt auf die Geschlechter abgestimmt werden. Die Daten zur Nutzung der Präventionsleistungen nach § 20 SGB V zeigen jedoch, dass dies leider nicht der Fall ist. 803.000 GKV-Versicherte (das entspricht einem Anteil von 1,1 Prozent an allen Versicherten) nahmen im Jahr 2004 an primärpräventiven Kursen und Seminaren teil. Der Schwerpunkt liegt auf Kursen zur Bewegung, hier insbesondere Rückenschulen, gefolgt von Angeboten zur gesunden Ernährung, zum Umgang mit Stress und zum Umgang mit Suchtmitteln (Tabakentwöhnung). Mit Ausnahme der Tabakentwöhnung, wo sich der Männer- und der Frauenanteil annähernd die Waage hält, muss für die restlichen Angebote festgehalten werden, dass sie überwiegend von Frauen genutzt werden (vgl. Tabelle 1).

Ähnliches zeigt sich auch beim Blick auf Gesundheitsförderung im Setting (siehe Kapitel 2). Bislang liegen kaum Vorschläge vor, wie die Gesundheitsförderung im Setting den Geschlechtsunterschieden in punkto Gesundheit und Krankheit angemessen Rechnung tragen und die unterschiedlichen Lebensbedingungen von Frauen und Männern (zum Beispiel im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung) berücksichtigen können (Kolip, Altgeld, 2006).

Geschlechtsunterschiede im Gesundheitszustand zeigen sich über Lebenserwartung und Sterblichkeit hinaus an vielen weiteren Punkten, so der Verteilung von Krankheiten und Gesundheitsrisiken (zum Beispiel leiden Frauen häufiger an Depressionen, während Männer in Beruf und Freizeit stärker unfallgefährdet sind), an der Nutzung des gesundheitlichen Versorgungssystems und in den Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung (Lademann, Kolip 2005; Hurrelmann, Kolip 2002).

Chancengleichheit durch Gender Mainstreaming

Die Konsequenzen, die sich aus den genannten Befunden ableiten, lassen sich klar formulieren: Es muss sowohl die horizontale als auch die vertikale Ungleichheit zwischen den Geschlechtern abgebaut werden (Kuhlmann, Kolip 2005). Horizontale Gleichheit meint: Dort, wo Frauen und Männer die gleichen Gesundheitsbedürfnisse haben, sollen sie auch die gleichen Gesundheitsleistungen erhalten. Für den Bereich der gesundheitlichen Versorgung, beispielsweise nach einem Herzinfarkt, ist vielfach belegt, dass wir von der Erfüllung dieser Forderung noch weit entfernt sind. Aber auch für Prävention und Gesundheitsförderung lässt sich zeigen, dass einige Angebote überwiegend für ein Geschlecht entwickelt wurden, obwohl beide Geschlechter einen Bedarf haben. Nimmt man etwa das Problem der Vereinbarkeit von Erwerbs- und Fami-

Tabelle 1: **Inanspruchnahme von GKV-Leistungen für Gesundheitsförderung und Prävention**
(nach § 20, Abs. 1 SGB V) im Jahr 2004 nach Geschlecht

	Teilnehmende	Frauenanteil	Männeranteil
Bewegung	557.427	79,2%	20,8%
Ernährung	113.368	84,5%	15,5%
Stress	126.485	83,0%	17,0%
Verantwortlicher Umgang mit Sucht-/Genussmitteln	6.136	55,7%	44,3%
(Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006, Tabellenband)			

lienarbeit als zentralen Faktor, der das Wohlbefinden (junger) Eltern beeinflusst, lässt sich festhalten, dass dieses Thema bislang fast ausschließlich für Frauen diskutiert wird und Väter mit dem Wunsch nach Teilzeitarbeit allenfalls als Exoten wahrgenommen werden.

Vertikale Gleichheit meint: Dort, wo Frauen und Männer unterschiedliche Gesundheitsbedürfnisse haben, sollen sie auch unterschiedliche Gesundheitsleistungen erhalten. So lassen die epidemiologischen Befunde zu den geschlechtsspezifischen Präventionspotenzialen darauf schließen, dass die üblichen Angebote verhaltens- und verhältnisbezogener Präventionsmaßnahmen dem unterschiedlichen Risikoverhalten und den unterschiedlichen Bedürfnissen von Frauen und Männern offensichtlich nicht entsprechen.

Horizontale und vertikale gesundheitliche Chancengleichheit lässt sich auf zwei Wegen erreichen: Zum einen muss der geschlechtsspezifische Präventionsbedarf identifiziert und es müssen geschlechtsspezifische Angebote entwickelt werden. Während seit den 1970er Jahren im Kontext der Frauengesundheitsbewegung und Frauengesundheitsforschung für Frauen Einrichtungen und Maßnahmen etabliert wurden, die an die spezifischen Gesundheitsbedürfnisse von Frauen anknüpfen (wie die Frauengesundheitszentren, Geburtshäuser, aber auch Frauennotrufe und Frauenhäuser) fehlen bislang Angebote, die die Gesundheitsbedürfnisse von Männern aufgreifen – nicht zuletzt, weil über deren spezifische Bedürfnisse zu wenig bekannt ist. Geschlechtervergleichende und geschlechtsspezifische Gesundheitsberichte geben hier erste Hinweise, wo sich ein männer- oder frauenspezifischer Präventionsbedarf identifizieren lässt und wo entsprechende eigenständige Strukturen geschaffen werden müssen.

„Gender Mainstreaming“ meint zum anderen, dass alle Maßnahmen daraufhin überprüft werden müssen, ob sie Frauen und Männer gleichermaßen erreichen und einen Beitrag zum Aufbau gesundheitlicher Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern leisten. Dies heißt in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention, bei jeder Aktivität im Blick zu behalten, ob die Zielformulierung den potenziellen Unterschieden

zwischen den Geschlechtern Rechnung trägt und ob die Zugangswege und die gewählte Methodik geschlechtergerecht sind.

Beispiele für geschlechtergerechte Prävention

Am Beispiel der „Disco-Unfälle“ lässt sich zeigen, dass blinde Flecken der Gesundheitsförderung und Prävention durchaus abgeholfen werden kann. Autounfälle in den Nächten von Freitag auf Samstag und von Samstag auf Sonntag sind typischerweise dadurch gekennzeichnet, dass vor allem junge Männer am Steuer sitzen, die Autos voll besetzt sind, die Fahrer Alkohol konsumiert haben und hauptsächlich die Entfernungen zwischen Diskotheken zurück gelegt werden. Obwohl junge Frauen ähnlich häufig einen Führerschein haben, haben sie seltener ein Auto zur Verfügung als junge Männer. Diese fahren zudem – auch alkoholisiert – lieber selbst Auto. Hier paart sich ein männliches Verantwortungsgefühl mit männlicher Selbstüberschätzung in Bezug auf die Reaktionsfähigkeit unter Alkoholeinfluss.

Das Projekt „Voll im Griff“ (in Kolip, Altgeld 2006) greift diese Verbindung auf: Männliche Berufsschüler fahren im Unterricht auf einem Verkehrsübungsplatz einen Parcours und werden dabei gefilmt. Anschließend dürfen sie soviel Alkohol trinken, wie sie meinen, dass sie noch fahrtüchtig sind, fahren erneut den Parcours ab und werden dabei ebenfalls gefilmt. In der Nachbereitung im Unterricht zeigt sich, dass sich die Selbsteinschätzung in Bezug auf die Fahrfehler nicht mit den Aufzeichnungen des Videos deckt, was einen Umdenkprozess einleiten kann.

Ein Blick in die Ausschreibung verhaltensbezogener Präventionskurse zahlreicher Bildungsträger zeigt, dass allein auf sprachlicher Ebene Männer nicht angesprochen werden. In jüngster Zeit wurde aber in einigen Projekten eine männer- bzw. jungengerechte Ansprache erprobt, was zur Weiterentwicklung einer geschlechtergerechten Gesundheitsförderung und Prävention einlädt. Beispiele hierfür sind schulische Entspannungsübungen für Jungen, die dazu in die Rolle ihrer Lieblingsautos schlüpfen und durch eine imaginäre Waschstraße fahren, Ernährungskurse mit sozial benachteiligten jungen Männern,

die in geschlechtshomogenen Gruppen auf mannergerechte Art zur Selbstverpflegung angeleitet werden oder Bewegungskurse für ältere Frauen im ländlichen Raum (für weitere Beispiele siehe Kolip, Altgeld 2006).

Qualitätsverbesserung
durch Gender Mainstreaming

Gender Mainstreaming gilt als Schlüsselkonzept zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit zwischen den Geschlechtern und darf in einem Gesetz zur Prävention und Gesundheitsförderung nicht fehlen. 2001 formulierte die WHO in ihrem Madrid Statement „Mainstreaming gender equality in health“, dass Gender Mainstreaming die effektivste Strategie ist, um Frauen und Männern gleiche Zugangschancen zu den gesundheitlichen Ressourcen zu sichern. Angestrebt wird dabei nicht – wie häufig missverstanden wird –, dass Frauen und Männer den gleichen Gesundheitszustand erreichen, sondern dass sie die gleichen Chancen haben, ihre Gesundheitspotenziale auszuschöpfen.

Gender Mainstreaming dient nicht nur dem Abbau gesundheitlicher Ungleichheit zwischen den Geschlechtern. Es leistet darüber hinaus einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. Bereits dadurch, dass die Maßnahmen zielgruppenspezifisch entwickelt werden, können die vorhandenen Mittel sinnvoller eingesetzt werden, da das verbreitete Gießkannenprinzip in der Prävention letztlich nur diejenigen erreicht, die die Angebote am wenigsten nötig haben. Dies gilt sowohl für verhaltensbezogene Angebote, zum Beispiel der gesetzlichen Krankenkassen, als auch für setting-bezogene Angebote. Auch in den Settingprojekten spielte das Geschlecht bislang nur eine untergeordnete Rolle. Doch zeigen hier erste Erfahrungen mit geschlechtersensiblen Projekten – etwa in betrieblichen Gesundheitszirkeln –, dass der Erfolg der Zirkelarbeit in geschlechtshomogenen Gruppen größer ist, weil Ressourcen und Belastungen geschlechtersensibel formuliert werden und zum Beispiel die Vereinbarkeit von Beruf und Familie thematisieren.

3.4 Sozialraumorientierte Prävention

„Die Idee einer Stärkung der Prävention in Deutschland und einer Ressort übergreifenden Präventionspolitik findet eine große Mehrheit in den Einrichtungen und Verbänden auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene.“ (Walter 2002, S. 344). Diese übereinstimmende „große Mehrheit“ kann genutzt werden. Die bloße Mehrheit für eine Idee reicht allerdings nicht: Es fehlen orientierende und mobilisierende Kräfte sowohl auf der normativen, als auch auf der wissenschaftlichen und organisatorischen Ebene. Eine übergreifende Präventionspolitik wird erschwert, weil sich die verschiedenen Politikfelder voneinander abgrenzen und Einzelstrategien zumeist unverbunden bleiben. Strukturen für die horizontale Kooperation verschiedener Politiksektoren und die vertikale Kooperation der drei Politik Ebenen fehlen weitgehend.

Lebenswelten (Settings als Zielbereiche und Zugangsweg) für Gesundheitsförderung und Prävention sind zwar von allen Akteuren akzeptiert, die Bündelung von Ressourcen und Aktivitäten verschiedener Träger ist jedoch noch die Ausnahme. Als Rahmen für die auch Ressourcen schonende Verknüpfung von Aktivitäten sollten Sozialräume stärker genutzt werden als bisher. Dabei können sich Programme und Projekte auf Gebiete unterschiedlicher Komplexität erstrecken: Städte, Gemeinden, benachteiligte Quartiere mit besonderem Entwicklungsbedarf.

Der sozialräumliche Ansatz hat verschiedene Vorteile:

- die Bürgerinnen und Bürger werden in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld erreicht,
- der Zugang zu benachteiligten Gruppen, die durch ungesunde Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen besonders gefährdet sind, wird (in nicht diskriminierender Weise) erleichtert,
- Kooperation und Vernetzung lassen sich auf der lokalen Ebene leichter realisieren – zumal in städtischen Ballungsgebieten, in denen die Mehrzahl der Menschen lebt.

Anknüpfungspunkte für sozialraumorientierte Prävention

Das vormalige Bundeskabinett hat am 20.04.2005 beschlossen, ein koordiniertes und übergreifendes Handeln im Bereich der gesundheitlichen Prävention zu stärken. Das entsprechende Konzeptpapier „Gesund in die Zukunft“ nennt hierzu verschiedene relevante Handlungsfelder, die besonders auf der lokalen Ebene in Angriff genommen werden müssen:

- *„Gesunde Umwelt, gesunder Mensch“*: Hierzu gehören die Schaffung gesundheitsförderlicher Umweltbedingungen und die Verminderung von Gesundheitsrisiken durch Belastungen von Luft, Wasser und Boden sowie die Entwicklung und Gestaltung von Landschaft und Freiflächen. Landschaftspläne, ökologische Entwicklungspläne, Biotop-Kartierungen, Biotop-Vernetzungskonzepte sind hierbei die wichtigsten Planungs- und Steuerungsinstrumente. In der Stadtentwicklungs- und Quartiersplanung ist die Freiflächengestaltung von besonderer Bedeutung. So geht es bei der Spielplatzgestaltung gleichzeitig um bessere Entwicklungsmöglichkeiten für Kinder wie um die Schaffung von gesundheitsförderlichen Kontakt- und Kommunikationsräumen in der Stadt.
- *„Sicherheit im Straßenverkehr“*: Neben umweltgerechten und sicheren Bewegungsmöglichkeiten für Fußgänger und Radfahrer sind bewusste Anreize für eine Verkehrsinfrastruktur nötig, die bewegungsreiche Mobilität attraktiver macht als den motorisierten Individualverkehr.
- *„Lärmbekämpfung“*: Nach verschiedenen Studien leidet ein großer Teil der Bevölkerung (bis zu 40 Prozent) unter Lärmbelastungen. Gesundheitliche Auswirkungen, insbesondere auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sind auch nachweisbar, wenn Menschen die Lärmbelastung subjektiv kaum noch wahrnehmen, weil sie sich an sie gewöhnt haben. Die Quellen von Lärm-Emissionen sind vielfältig: Industrie- und Gewerbebetriebe, Verkehr auf Straße, Schiene und in der Luft, aber auch Ver-

gnügnungsstätten wie Diskotheken. Teilweise gibt es Lärmkataster oder Schallemissionspläne, durch die gezielte Lärmschutz- oder Lärminderungsmaßnahmen gesteuert werden können. Lärm ist eine der Determinanten von Gesundheit, bei der übergreifende, auf die vielfältigen Verursacher bezogene Aktivitäten im lokalen Nahraum besonders wichtig sind.

- *„Gesundes Leben, gesundes Wohnen“*: Hier geht es zum einen um die soziale Dimension, also die Bereitstellung von genügend und bedarfsgerecht angepasstem Wohnraum (zum Beispiel für alte Menschen) und die soziale Wohnraum-Förderung, um Wohnen auch für benachteiligte Gruppen erschwinglich zu machen. Zum anderen geht es um umweltgerechte Baustoffe und energiesparende Bauten.
- *„Soziale Probleme als Risikofaktoren für Gesundheit“*: Soziale Probleme treten fast immer räumlich oder sozial-strukturell gehäuft auf. In besonders vernachlässigten Quartieren bilden soziale Probleme wie Armut, Arbeitslosigkeit, Gewalt, Drogenmissbrauch und Kriminalität ein untrennbares Konglomerat mit Problemen der physischen Umwelt. Ein prägnantes Beispiel aus Hessen: Hier existiert ein Quartier mit hoher Bewohnerdichte von über 4000 Menschen in Wohnblocks, davon 92 Prozent Migranten vielfältiger Nationalitäten, unzureichender sozialer Infrastruktur und hohem baulichen Sanierungsbedarf. Sozialräumliche Problembewältigung würde bedeuten, den Zustand der Wohnungen, des Wohnumfeldes und der sozialen Infrastruktur sowie die Beschäftigungsmöglichkeiten zu verbessern und gleichzeitig das Zusammenleben der verschiedenen Kulturen sowie die Möglichkeiten der Bürger, auf die „Determinanten“ ihrer Gesundheit Einfluss zu nehmen, zu fördern.
- *„Bildung sozialen Kapitals“*: Soziales Kapital bezieht sich auf das Ausmaß des sozialen Zusammenhalts, auf Integration, Vertrauen und die Bildung von Netzwerken innerhalb von Gemeinschaften. Gesundheitsförderliche Lebensstile und Veränderungsprozesse im sozialen Nahraum unter Mitwirkung der Bürger

sind auf die Entwicklung von Formen gegenseitiger sozialer Unterstützung, von Gemeinsinn und Solidarität im Sinne des sozialen Kapitals angewiesen.

Präventionsrelevante gesetzliche Regelungen

Im Vorfeld des Präventionsgesetzes wurden die Rechtsgrundlagen der Sozialgesetzbücher eingehend analysiert (Walter 2002) Insgesamt entstand dabei im Bereich der Sozialgesetzgebung ein eher diffuses Bild sowohl in den einzelnen Regelungsbereichen als auch hinsichtlich der Kooperation untereinander: „Nicht gesetzlich verpflichtende Kooperationen erfolgen nur vereinzelt, vor allem in Modellprojekten, aus strategischem Interesse und sind vom Engagement Einzelner geprägt. Übergreifende freiwillige Rahmenvereinbarungen liegen kaum vor. Die bloße Möglichkeit von Kooperationen reicht nicht aus. Kooperationsbarrieren bestehen besonders zwischen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereichs.“ (Walter 2002, S. 342)

Auf Länderebene gibt es wichtige gesetzliche Rahmenbedingungen, die für implizite und explizite gesundheitliche Präventionspolitik relevant sind. Dies sind insbesondere die Schulgesetze, die Landesjugendhilfepläne nach SGB VIII, das Landesumweltrecht sowie baugesetzliche Regelungen. Hinzu kommen zahlreiche Spezialgesetze auf Bundes- und Länderebene, die unmittelbare Bedeutung haben für die gesundheitsförderliche Gestaltung von Sozialräumen und die Abwehr von Gesundheitsgefahren. Für ein „Gesamtkonzept zur gesundheitlichen Prävention“ (wie es das Bundeskabinett mit seinem Beschluss vom 20.04.05 auf den Weg bringen wollte) bedürfte es einer ebenso intensiven Analyse wie im Bereich der Sozialgesetzgebung, um die präventiven und gesundheitsförderlichen Potenziale zu analysieren und in Sozialraum bezogenen integrierten Konzepten systematisch aufzubauen und umzusetzen.

Gesundheitsförderungs-Programme mit Sozialraumbezug

Neben den aus Gesetzen ableitbaren Handlungsbedarfen gibt es weitere Anknüpfungspunkte und konkrete Handlungspotenziale, die sich aus den vorhandenen Programmatiken zum Beispiel im Bereich der Gewalt- und der Suchtprävention für eine Ressort übergreifende Kooperation für Kinder und Jugendliche eignen (vgl. Altgeld 2005).

Weitere Handlungsmöglichkeiten, auf denen aufgebaut werden kann, sind in den integrierenden Programmen „Gesunde Städte“, „Umwelt und Gesundheit“, Lokale Agenda 21 sowie dem Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ zu finden. In diesen Modellprogrammen und den dazugehörigen Netzwerken ist der Sozialraumbezug Grundlage und die Integration verschiedener Politiksektoren ausdrückliches Programm. Hier gelingt teilweise die Überwindung von Ressort-Grenzen. Besondere Bedeutung für Gesundheit hat das auf besonders belastete Sozialräume ausgerichtete Bund-Länder-Programm Soziale Stadt. In dieses Programm sind in den vergangenen Jahren zunehmend expliziter gesundheitliche Aspekte aufgenommen worden.

Als Musterbeispiel für eine sinnvolle Kooperation verschiedener Ministerien und der Bündelung ihrer Ressourcen kann das vom Bundesfamilienministerium im Jahr 2000 aufgelegte Modellprogramm „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ (E & C) angesehen werden. Die Mittel dieses Programms werden nur in Gebieten des Programms Soziale Stadt vergeben. Die Lebensbedingungen und Chancen von Kindern und Jugendlichen können auf diese Weise im Kontext eines umfassenderen Programms der sozialen Stadtentwicklung verbessert werden.

Sozialraumorientierte Prävention und Gesundheitsförderung erfordert eine Trias von konkreter Zielvorstellung („gesundheitsfördernde Lebenswelten“), Instrumenten (gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen und Folgenabschätzungen) sowie Strukturen für prak-

tische Umsetzung (lokale Akteursbündnisse für intersektorale Zusammenarbeit).

Das Hamburger Modell der Übernahme von Patenschaften durch einzelne Akteure wurde 1998 mit dem Berliner Gesundheitspreis ausgezeichnet. Auf der Grundlage von Gesundheitsberichterstattung über Kinder und Jugendliche wurden Ziele formuliert. Einzelne Akteure übernahmen die Patenschaft zur Erreichung der Ziele (also die Verantwortung für die Umsetzung der Maßnahmen). Das Projekt zeigte, dass die frühzeitige Beteiligung der Akteure für ihr Engagement und ihre Kreativität wesentlich war, ebenso wie die Wahrung ihrer Autonomie in dem von ihnen als Pate übernommenen Zielbereich (vgl. Zimmermann 2000). Die Koordination der Akteure übernahm der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD).

Der Öffentliche Gesundheitsdienst als Koordinator

Sozialraumorientierte Prävention und Gesundheitsförderung braucht einen kompetenten „Motor“ und Koordinator. In diesem Sinne sollte der Öffentliche Gesundheitsdienst weiterentwickelt und präziser definiert werden. Eine vergleichende Durchsicht der Landesgesetze für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zeigt, dass zunehmend neue Aufgaben betont werden wie Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen, Gesundheitsförderung, Bürgernähe und die Selbsthilfeförderung. Allerdings bleiben die meisten Formulierungen vage. Die Gesetze erlauben starkes Engagement in der sozialraumbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung, statten den ÖGD aber weder mit entsprechenden Vollmachten noch Ressourcen aus. Vorbildfunktion kann die Ausgestaltung des Nordrhein-westfälischen ÖGD-Gesetzes haben. Hier werden die koordinierenden Funktionen im Zusammenspiel von Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitskonferenzen und öffentlichem Gesundheitsdienst in konkreten Aufträgen festgeschrieben. Für die Umsetzung des Gesetzes liegt

eine in der Gesamtbilanz durchaus positive Evaluation vor (Bearingpoint / FOGS 2003).

Auch die traditionellen Bereiche des ÖGD (Aufgaben im Rahmen der umweltmedizinischen und hygienischen Überwachung, in der Kinder- und Jugendgesundheit, der Psychiatrie, des schulärztlichen Dienstes und der Mütterberatung sowie zunehmend häufigere sozialkompensatorische Aufgaben bei benachteiligten Personen) prädestinieren den ÖGD zu einer Rolle als Anwalt und Koordinator für sozialraumbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Entscheidende Vorteile für diese Rolle sind der traditionelle Zugang zu den wichtigen Settings wie Schulen und Kindergärten, das Wissen über die regionale gesundheitliche Lage, der Zugang und Kontakt zu gesundheitlich benachteiligten Zielgruppen und die im Gegensatz zu vielen anderen Akteuren weitgehende Neutralität und Gemeinwohl-Orientierung, die dieser Institution strukturell zu eigen ist.

Eine aktuelle vielstimmige Bilanz (Schwerpunktheft Gesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz Nr. 10 von Oktober 2005) zeigt deutlich, dass der ÖGD bereit ist, ein Selbstverständnis als Public Health-Institution und als „Motor“ in der kommunalen Gesundheitspolitik anzunehmen. Allerdings gibt es dabei erheblichen Entwicklungsbedarf im Bezug auf ein gesetzliches und politisches Mandat, Kompetenzsteigerung und Qualifizierungsangebote sowie den Erhalt und Ausbau der notwendigen Ressourcen.

Anforderungen an ein Präventionsgesetz

Sozialraumorientierte Prävention und Gesundheitsförderung lässt sich nur bedingt (vor allem als zu fördernder Setting-Ansatz) in ein Bundesgesetz zur Prävention einbauen. Für ein Gesamtkonzept der Prävention und Gesundheitsförderung gibt es weitergehende Handlungsbedarfe:

- die systematische Analyse von Präventionspotenzialen der hier grob umrissenen inhaltlichen Interventionsfelder,

- Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen in Politikfeldern jenseits von „Gesundheit“,
- die Ausgestaltung der besonderen Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes,
- den Aufbau und die Weiterentwicklung integrierter, sozialraumbezogener Programme und Projekte.

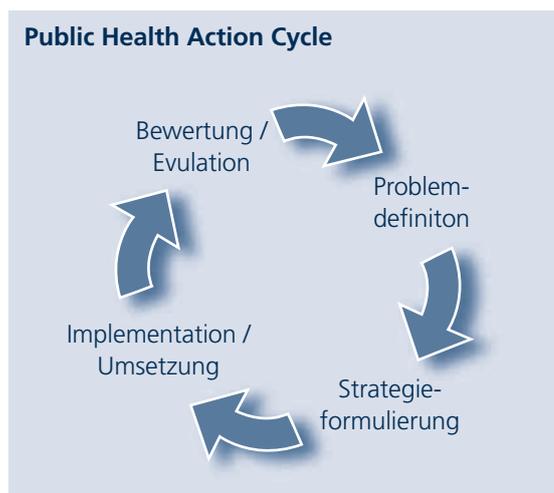
In einem Präventionsgesetz wären die Kooperationsvollmachten für alle Akteure in Settings weit zu gestalten und die sozialen Leistungsträger zur Beteiligung an sozialräumlicher Prävention und Gesundheitsförderung zu verpflichten.

Auch wenn viele dieser unabdingbaren Handlungsbedarfe für ein Gesamtkonzept der Prävention und Gesundheitsförderung nicht durch ein Präventionsgesetz auf Bundesebene eingelöst werden können, muss doch sichergestellt werden, dass ein solches Gesetz nicht nur an Maßnahmen auf Landes- und kommunaler Ebene anschlussfähig ist, sondern dort auch neue Impulse für die intersektorale Kooperation und den Aufbau entsprechender Strukturen und Ressourcen gibt.

4. Evaluation und Qualitätsentwicklung

Die Begriffe Evaluation, Evidenz und Qualität werden in der Diskussion häufig als Synonyme benutzt, dabei beziehen sie sich auf unterschiedliche Aspekte der Planung, Umsetzung und Bewertung von Interventionen. Unter Rückgriff auf den Public Health Action Cycle, der den Planungszyklus von Präventionsmaßnahmen von der Problemdefinition bis hin zur Bewertung und Evaluation illustriert, seien die Begriffe kurz skizziert.

Abbildung 2: **Der Public Health Action Cycle als Planungsinstrument gesundheitsbezogener Interventionen**



Evaluation

Die Evaluation ist expliziter Teil des Public Health Action Cycles: Sie umfasst die systematische Bewertung von Maßnahmen und hat das Ziel, die Effektivität (Wirksamkeit, Gegenüberstellung von Zielen und Erfolg) und Effizienz (Kosten-Nutzen-Verhältnis, auch im Vergleich zu anderen Maßnahmen) zu überprüfen. Evaluation beantwortet die Frage, ob das, was gemacht wird, auch etwas bewirkt (Effektivität) und ob das Kosten-Nutzen-Verhältnis stimmt (Effizienz). Die randomisierte, kontrollierte Studie gilt derzeit als höchst-

ter methodischer Standard, der sich aber nur bei eng umgrenzten Fragestellungen mit geringem Komplexitätsgrad und selbst dann nur mit erheblichem Aufwand umsetzen lässt.

Hierzu wird eine Studienpopulation (zum Beispiel Schülerinnen und Schüler einer 9. Klasse) per Zufall in zwei Gruppen eingeteilt. Während die eine Gruppe (Interventionsgruppe) ein Präventionsangebot bekommt (wie zusätzliche Bewegungsangebote und Ernährungsschulung), erhält die zweite Gruppe (Kontrollgruppe) kein entsprechendes Angebot. Bereits bei Präventionsangeboten mit standardisiertem Programm (zum Beispiel ein Unterrichtsprogramm mit einer definierten Anzahl von Unterrichtseinheiten mit standardisiertem Suchtpräventionsinhalt) ist diese Methodik nicht einfach umzusetzen, obwohl die Endpunkte (etwa die Zahl der nicht rauchenden Jugendlichen) hier relativ klar zu bestimmen sind.

Bei der Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, zumal bei den zuvor dargestellten sozialraumbezogenen, komplexen Ansätzen, ist die Methodik nahezu unbrauchbar, da in der Gesundheitsförderung die Zielgrößen (zum Beispiel Selbstwertgefühl) schwieriger zu messen sind, Gesundheitsförderung indirekter wirkt (da sie die Determinanten der Gesundheit beeinflussen will), komplexe Prozesse (insbesondere bei der Arbeit in Settings) in Gang setzen und langfristig wirken will. Dennoch ist die Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht unmöglich, sie verlangt allerdings nach einer Weiterentwicklung der Methodik (unter Einbezug qualitativer Forschungsmethoden) und nach einer genaueren Spezifizierung der Zielebenen von Gesundheitsförderung. Vielversprechend sind hier vor allem partizipative Evaluationsansätze, die die Projektmitarbeiter und die Zielgruppe an allen Aspekten der Planung, Durchführung, Steuerung und Auswertung mit einbeziehen.

Evidenz

Die Summe der Evaluationsstudien zu einem Interventionsbereich bildet die Evidenzbasis, auf die die Planerinnen und Planer weiterer Interventionen zurückgreifen können. Allerdings ist der in der Medizin entwickelte Evidenzbegriff, der auf die Qualität der Studien zu dem jeweiligen Themenbereich rekurriert und die vorhandene Evidenz in verschiedene Klassen einteilt, für die Prävention und Gesundheitsförderung nur partiell anwendbar. Denn aus den genannten Gründen ist die Zahl der randomisierten, kontrollierten Studien sehr gering und die Gesundheitsförderung – insbesondere bei Projekten im Setting – verlangt nach einer eigenen Methodik.

Im ersten Entwurf für ein Präventionsgesetz war vorgesehen, dass nur solche verhaltensbezogenen Maßnahmen gefördert werden können, die ihre Wirksamkeit unter Beweis gestellt haben oder die sich verpflichten, einen Wirksamkeitsnachweis zu führen. Für die schwer zu evaluierenden settingbezogenen Maßnahmen galt hingegen, dass ein Qualitätssicherungskonzept vorgelegt werden sollte. Diese Vorgehensweise ist auch für die zukünftige Gestaltung der Präventions- und Gesundheitsförderungslandschaft wünschenswert, da sie dem unterschiedlichen Wissensstand Rechnung trägt und die Evidenzbasis zu verbreitern hilft.

Die Verankerung von Evaluationsstrategien im Gesetzentwurf diente dazu, die Evidenzbasis zu vergrößern, damit gelungene Ansätze weiterverbreitet werden können. Entscheidend hierzu ist, dass die Ergebnisse der Evaluationsstudien auch systematisch dokumentiert und Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, um die vorhandene Evidenz systematisch aufzubereiten. Während in der medizinischen Versorgung hier auf etablierte Institutionen und Datenbasen zurückgegriffen werden kann (zum Beispiel Cochrane Reviews, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)), fehlen vergleichbare Institutionen für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Dies führt dazu, dass die vorhandene Evidenz bislang zu

wenig rezipiert wird und Deutschland im Präventionsbereich als „Entwicklungsland“ angesehen werden muss. Um dem entgegen zu wirken, ist auch in Deutschland ein Konsensfindungsprozess notwendig. Neben der inhaltlichen Rahmenziehung bedarf es dabei auch der Klärung von Zuständigkeiten, beispielsweise durch Beauftragung von Fachorganisationen. Um Anschluss an den internationalen Diskussionsstand zu gewährleisten, sollte auch die Gründung einer unabhängigen Institution für Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung in Betracht gezogen werden.

Qualität

Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung beziehen sich auf die Phase der Umsetzung und Implementation einer Maßnahme. Qualität meint das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen die Wahrscheinlichkeit erwünschter Interventionsergebnisse erhöhen und mit dem Stand der Wissenschaft übereinstimmen (Institute of Medicine, zitiert nach Rosenbrock 2004). Sie hat zum Ziel, das, was gemacht wird, auch gut zu machen. Zu unterscheiden sind hierbei verschiedene Qualitätsebenen. Die von Donabedian eingeführte Differenzierung der verschiedenen Qualitätsdimensionen in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität muss gerade bei Gesundheitsförderung und Prävention um den Aspekt der Assessmentqualität ergänzt werden. Zur Assessmentqualität lassen sich vier Parameter differenzieren: Abklärung von Bedarf und Bedürfnis (benötigt die Zielgruppe überhaupt die Intervention?), theoretische Grundlagen (wie ist die Intervention theoretisch verankert?), Erfahrungswerte aus anderen Projekten (welche Maßnahmen mit ähnlicher Zielrichtung haben sich bewährt) sowie Kenntnisse über die Rahmenbedingungen (rechtlich, kulturell, politisch).

Die Diskussion um die Qualität gesundheitsbezogener Interventionen ist in den vergangenen Jahren, nicht zuletzt durch die Aktivitäten selbst, verstärkt in Gang gekommen. Derzeit werden

verschiedene Ansätze erprobt, die von einem unterschiedlichen Formalisierungsgrad und unterschiedlichen Zielrichtungen geprägt sind. Sie reichen von der Anwendung standardisierter Instrumente wie ISO 9001 oder EFQM, über die Entwicklung von Planungs- und Steuerungsinstrumenten für die Gesundheitsförderungspraxis (zum Beispiel Quintessenz, entwickelt für die Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“, www.quint-essenz.ch) bis zur Suche nach Good Practice- oder Best Practice-Modellen. Diese identifizieren anhand im Konsens entwickelter Kriterien jene Praxis, die für andere Gesundheitsförderungsprojekte beispielhaft wirken kann (siehe hierzu die Webseite www.gesundheitliche-chancenvergleich.de, BZgA 2005). Wichtig ist eine partizipative Qualitätsentwicklung durch eine koordinierte fachliche Unterstützung, die vor allem auf eine konsequente Setting-Orientierung fokussieren sollte.

Voraussetzungen zur Umsetzung

Es ist unstrittig, dass Evaluation und Qualitätsentwicklung zukünftig in Prävention und Gesundheitsförderung stärkere Bedeutung erlangen müssen (BZgA, 2001). Evaluation, weil nur so

ein Wirksamkeitsnachweis erbracht und die Evidenzbasis für weitere Maßnahmen verbreitert werden kann. Qualitätssicherung, weil es selbstverständlich sein sollte, dass die Maßnahmen auf möglichst hohem Niveau etabliert werden. Beides ist jedoch leichter gesagt als getan, weil die finanziellen Ressourcen häufig nicht vorhanden sind und das nötige Wissen erst ansatzweise vorhanden ist. Zur konsequenten Umsetzung ist notwendig, dass

- eine Verständigung darüber erfolgt, auf welchen Ebenen und für welche Parameter Messungen sinnvoll und wünschenswert sind. Hierzu muss ein breites Verständnis für Evaluation und Qualität geweckt werden;
- in die (Weiter-)Entwicklung von Instrumenten und Methodik investiert wird;
- Ressourcen durch die Auftraggeber/Leistungs-träger zur Verfügung stehen, um Evaluation und Qualitätssicherung/Qualitätsentwicklung in Projekte integrieren zu können. Beides ist nicht zum Nulltarif zu haben;
- Projektverantwortliche und -durchführende in Evaluation und Qualitätsentwicklung qualifiziert werden und
- die Erfahrungen systematisch dokumentiert und ausgewertet werden, damit das Rad nicht immer neu erfunden werden muss.

5. Anforderungen an ein neues Präventionsgesetz

Nach dem Scheitern des Präventionsgesetzes im Sommer 2005 (siehe Einleitung) stellt sich erneut die Frage, welche legislativen Gestaltungsmöglichkeiten bestehen, die Begrenzung des bundesdeutschen Versorgungssystems auf Kuration, Pflege und Rehabilitation zu überwinden und eine primäre, nicht medizinische Prävention zu etablieren. Die Bundesgesundheitsministerin hat angekündigt, die Diskussion um das Präventionsgesetz im 2. Halbjahr 2006 wieder aufzunehmen, wobei der bisherige Gesetzestext die Ausgangsbasis bilden soll.

Ein solches Gesetz kann zunächst die Finanzierung und die Leistungen der Primärprävention durch die Sozialversicherungen sowie die Zusammenarbeit mit staatlichen Stellen regeln. Es kann zugleich Ansatzpunkte liefern, die eine breite präventive Orientierung nicht nur in der Gesundheitsversorgung, sondern auch in den anderen Sicherungssystemen anregen und stärken.

Starke Akteure und klare Zuständigkeiten

Ein erster richtiger Schritt in diese Richtung ist die Zusammenarbeit der Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung. Diesen vier Sozialversicherungen obliegt in Deutschland die Steuerung der Gesundheitssicherung, insofern sollten sie auch als zentrale Akteure in Präventionsstrategien einbezogen werden. Wünschenswert wäre zudem die Einbeziehung der Arbeitslosenversicherung sowie der privaten Renten-, Kranken- und Pflegeversicherungen, profitieren doch auch sie von Gesundheitsförderung und Prävention. Die Einbeziehung von privaten Versicherungen ist jedoch durch ein Präventionsgesetz alleine nicht regelbar.

Eine Möglichkeit zu einer solchen Bündelung könnte sein, eine Stiftung auf Bundesebene zu gründen und hier in Zusammenarbeit mit

staatlichen und wissenschaftlichen Einrichtungen Präventionsziele und -strategien zu entwickeln. Aushandlungs- und Abstimmungserfordernisse zwischen Bund und Ländern sowie den einzelnen Akteuren und Trägern bringen zwar einerseits immer die Gefahr von Bürokratisierung, Reibungsverlusten und Blockaden mit sich. Andererseits bedarf die Prävention dringend starker Akteure und klarer Zuständigkeiten auf Bundesebene.

Entscheidend für die Gesundheitsförderung ist die konkrete Praxis vor Ort. Hier ist angedacht, in den Bundesländern durch Rahmenvereinbarungen der Sozialversicherung mit den zuständigen Ministerien Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz zu initiieren („Gesundheitsförderung in Lebenswelten“). Eine solche lebensweltliche Ausrichtung kann sozialer und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen entgegenwirken.

Um die Handlungs- und Entscheidungskompetenzen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene zu berücksichtigen und dennoch zu abgestimmten Aktivitäten zu kommen, ist eine enge Orientierung an vereinbarten Gesundheitszielen, Qualitätskriterien und auch Kampagnen notwendig. Bundesbehörden wie das Robert-Koch-Institut (in der Gesundheitsberichterstattung) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (in den Bereichen der Qualitätsentwicklung und der Dachkampagnen) verfügen hier über umfassende Erfahrungen, die systematisch einbezogen werden sollten.

Die bürokratiefördernde Vielfalt der Akteure und Träger, von Gremien und Zuständigkeiten ist für das deutsche korporatistische System der Steuerung durch Verbände typisch und möglicherweise auch alternativlos. Tatsächlich ist es für die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention unabdingbar, dass neue Akteure tätig werden.

Die zur Diskussion stehenden Mittel von insgesamt 250 Mio. € bedeuten zwar nur eine mäßige Erhöhung der bisher vorgesehenen Mittel (nämlich nur erhöht durch zusätzliche Mittel der Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung) und sind weiterhin lediglich im Promillebereich der Sozialversicherungen angesiedelt. Dennoch müssen sie auch dazu dienen, die Aktivitäten zu koordinieren und einen starken Fürsprecher aufzubauen, der die fachliche, berufspolitische und inhaltliche Positionierung von Gesundheitsförderung und Prävention vorantreibt.

Die korporatistische Aushandlung der Verbände hat in Deutschland eine lange Tradition – im Guten wie im Schlechten. Mit diesem Konzept sind einerseits Wohlstand und sozialer Frieden verbunden, andererseits blockiert es durch die komplexen Aushandlungs- und Abstimmungserfordernisse Reformen gerade auch im Gesundheitswesen. Ziel muss aber sein, mit vertretbarem Aufwand zu einer abgestimmten Gesundheitsförderung zu kommen. Ein solcher Prozess braucht insbesondere auf Bundesebene eine klare, transparente und handlungsfähige Entscheidungsstruktur und einen oder mehrere starke Akteure, denen die Funktion zukommt, Fürsprecher und Motor der Gesundheitsförderung zu sein.

Unterschiedliche Interessen der Sozialversicherungen, von Bund, Ländern und Kommunen, Parteien und Verbänden sollten möglichst integriert werden, die Steuerungsfunktion jedoch nicht blockieren. Die Entscheidungsebene benötigt mehr als Empfehlungsrechte zu den Zielen der Prävention, sie braucht auch Steuerungsmöglichkeiten zur Durchführung von länderübergreifenden Kampagnen und Programmen.

Wenn es auf der Grundlage eines Präventionsgesetzes gelingt, möglichst unbürokratische Entscheidungsstrukturen zu schaffen, die als gestaltende und impulsgebende Kraft in die Gesellschaft und ihre Institutionen wirken, wäre dies ein Meilenstein auf dem Weg zu einer präventiven Ausrichtung der sozialen Sicherungssysteme.

Prävention als Impuls für gesundheitsverträgliche Politik in allen Bereichen (Healthy Public Policy)

Ein großes Potenzial besteht in der Bündelung der gesundheitlichen, aber auch weiterer sozialer Präventionsstrategien im Bereich der Stabilisierung von benachteiligten Gemeinden und Stadtteilen, im Bereich der Integration, des Antirassismus oder der Gleichstellung von Männern und Frauen. Gefragt sind hier Maßnahmen wie die Einbeziehung des „Soziale Stadt“-Programms, Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen in allen Politikbereichen oder die Integration der Gesundheitsförderung in die Lehrpläne und den Alltag der Schulen und Kitas. Im Kinder- und Jugendbereich kann frühzeitige gesundheitliche Prävention die Teilhabe-Möglichkeiten und Lebenschancen Heranwachsender entscheidend verbessern.

Ein geeigneter Akteur vor Ort kann dabei der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) sein, der zwar durch ein Bundesgesetz nicht zur Mitarbeit verpflichtet werden kann, da seine Aufgaben durch die zuständigen Länder geregelt werden, dem aber bereits in einigen Bundesländern nach den jeweiligen Gesundheitsdienstgesetzen eine Koordinierungsfunktion zukommt (siehe auch Kapitel 3.4). Dies wird jedoch konterkariert, wenn sich staatliche Stellen auf dem Hintergrund des Präventionsgesetzes – dann zu Lasten der Sozialversicherungsträger – aus ihrer finanziellen Verantwortung für die Prävention zurückziehen, indem sie die Mittel des ÖGD kürzen.

Eine Impulssetzung durch die Prävention kann an die bewährten Erfahrungen aus der Betrieblichen Gesundheitsförderung, der AIDS-Prävention und hinsichtlich der Kampagnenfähigkeit auch aus der Trimm-Dich-Bewegung der 70er Jahre anknüpfen (siehe Kapitel 2). All diesen Modellen ist gemeinsam, dass sie Gesundheit gleichermaßen als soziale, als intergenerative und als ökonomische Frage (Beeinflussung des wachsenden Gesundheitsmarktes) verstehen. Auch

Fragen des Arbeitsmarktes (gesunde Arbeitskräfte) und die Standortfaktoren der Kommunen können so einbezogen und für „Mehr Gesundheit“ gewonnen werden.

Mit einem Präventionsgesetz können allerdings noch so wünschenswerte ressortübergreifende Aktivitäten nicht geregelt werden. Dennoch: Zu hoffen ist, trotz vielfältiger Interessensgegensätze, dass sich die Akteure an den programmatisch allseits unterstützten Zielen des gesundheitlichen Gemeinwohls orientieren. Dies kann ermöglicht werden, in dem die Gesundheitsförderung von marktorientierten Aufgaben der Sozialversicherungen weitgehend entkoppelt wird, zum Beispiel indem die Kooperation oder Poolung von Mitteln festgelegt wird. Schon die Selbstverpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen seit Februar 2006, mindestens 50 Cent je Versicherten und Jahr für Gesundheitsförderung in nichtbetrieb-

lichen Settings (Schulen, Kitas, Stadtteile) zu verwenden, impliziert eine solche Möglichkeit der marketing-unabhängigen Prävention. Es wird im Folgenden zu prüfen sein, inwieweit wirklich kassenartübergreifende Aktivitäten entstehen und die Gesundheit vor allem der sozial Benachteiligten gefördert wird, oder ob sich wieder mittelschichtorientierte Aktivitäten durchsetzen.

Mit der Orientierung auf Gesundheitsförderung, vermittelt durch neue Akteure als aktive Fürsprecher, können die hohen Produktivkräfte des Dienstleistungssektors Gesundheit sinnvoll kanalisiert werden. Nach dem Konzept der Ottawa-Charta ist „Healthy Public Policy“ (gesundheitsfördernde Gesamtpolitik) das Stichwort einer solchen Orientierung, die bis in die kommunale Ebene und die vielfältigen Realitäten der Settings wirken kann und auf gesunde Lebenswelten ausgerichtet ist.

6. Zusammenfassung

Vorbeugen ist besser als Heilen – aus vielen guten Gründen: Prävention verhindert vermeidbares Leid und lässt die Menschen gesünder altern. Prävention steigert die Lebensqualität, ermöglicht ein produktives, aktives Leben und fördert den Zusammenhalt in der Gesellschaft. Prävention und Gesundheitsförderung haben zum Ziel, die Ungleichheit von Gesundheitschancen und die Krankheitshäufigkeit in unserer Gesellschaft zu verringern. Erfolgreiche gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen sind auf Dauer das beste Mittel zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Somit wäre ein neues Gesetz zur Stärkung der Primärprävention und der Gesundheitsförderung ein wichtiger Baustein für die Zukunftsfähigkeit unseres Gesundheitssystems.

Drei große Trends in der Gesundheitsentwicklung der Bevölkerung machen deutlich, weshalb Prävention und Gesundheitsförderung als Bestandteil moderner Gesundheitssicherung unverzichtbar sind und dringend auf eine breitere Basis gestellt werden müssen:

1. *Die steigende Lebenserwartung.* Die Menschen in den westlichen Industrieländern werden nicht nur immer älter, sondern im Durchschnitt auch immer gesünder älter – was zum kleineren Teil auf medizinische Fortschritte zurückzuführen ist. Entscheidend ist vielmehr: Je besser die Arbeits- und Lebensbedingungen, die Bildung und Ernährung und je ausgeprägter das individuelle gesundheitsgerechte Verhalten, desto besser sind die Chancen auf ein langes und dabei gesundes Leben. Präventive Maßnahmen müssen diese Chancen sichern. Ziel ist, in einem insgesamt längeren Leben die Anzahl der mit Krankheit zugebrachten Jahre immer weiter zu verringern („compression of morbidity“).
2. *Die Dominanz weniger vermeidbarer Krankheiten.* Die hierzulande häufigsten und tödlichsten Krankheiten sind Herz-Kreislaufkrankun-

gen, Krebs, Typ-2-Diabetes, Lungenerkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische Leiden. Meist erfordern sie eine lebenslange medizinische und soziale Behandlung und Betreuung. Sie gehören jedoch zu den Erkrankungen, die durch wirksame Prävention und Gesundheitsförderung größtenteils vermeidbar wären.

3. *Die ungleiche Verteilung der Gesundheitschancen.* Auch im wohlhabenden Deutschland sind die Chancen für ein langes und gesundes Leben höchst ungleich verteilt. Angehörige des untersten Fünftels einer nach Einkommen, Beruf und Bildung geschichteten Bevölkerungspyramide tragen statistisch betrachtet in jedem Lebensalter ein mindestens doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben wie Angehörige des obersten Fünftels. Deshalb ist es besonders wichtig, dass präventive Politik die gesundheitlich und sozial benachteiligten Gruppen unserer Gesellschaft erreicht, um deren Gesundheitschancen zu erhöhen.

Zielgruppen und Handlungsfelder

Ein Präventionsgesetz muss deutlich auf die zentralen Zielgruppen und Handlungsfelder ausgerichtet sein, wenn es die Wirksamkeit präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen verbessern will. Diese müssen die Zielgruppe und ihre Lebenslage einbeziehen, die durch Einkommen, Status, Wohnort, Bildung, Beruf, Geschlecht, Alter, Beziehungsnetze usw. definiert ist. Besonders wichtige Handlungsfelder sind:

1. *Die Sicherung der Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen.* Kinder aus sozial benachteiligten Familien weisen für alle Erkrankungsarten deutlich höhere Prävalenzen auf als gleichaltrige, besser gestellte Kinder. Auch ihr Unfallrisiko ist deutlich erhöht. Kin-

derarmut hat unmittelbare Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Kinder sowie auf gesundheitliche Belastungen, denen sie ausgesetzt sind. Ein wesentlicher Ansatzpunkt für die frühe Förderung benachteiligter Kinder ist der Zugang zu Kindertagesstätten und ein entsprechender Stellenwert von Gesundheit in den Landesbildungsplänen. Wenn Gesundheit, eine wichtige Voraussetzung für die Schulfähigkeit, hier stärker und umfassender verankert werden könnte, wären entscheidende Weichenstellungen für die Gesundheit von Kindern erreicht.

Im Bereich der Förderung von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen in Deutschland fehlt eine systematisch betriebene Integration von Jugendhilfe, Schule und Gesundheitssektor, um die Gesundheits- und Bildungschancen nachwachsender Generationen zu verbessern. Hier könnte das Präventionsgesetz mit strukturellen Lösungen einen wesentlichen Beitrag leisten, um diese überfällige Verzahnung herzustellen.

2. *Die Schaffung von Voraussetzungen für gesundes Altern.* Grundidee der Prävention im Alter ist, dass Gesundheit, körperliche Leistungsfähigkeit und Anpassungsvermögen eines Menschen nicht abrupt abnehmen, sondern allmählich zurückgehen und dass dieser Rückgang aufgehalten, zumindest aber verlangsamt werden kann. Ein weiterer Grundgedanke ist, dass die Altersmorbidity um viele Jahre hinausgeschoben werden kann. Voraussetzung für eine weitgehend selbstständige Lebensführung auch im höheren Alter sind neben der Förderung eines individuell gesunden Lebensstils (Bewegung, Ernährung etc.) auch Wohnungs- und Wohnumfeldanpassungen (wichtig in diesem Zusammenhang sind präventive Hausbesuche), die Schaffung altersgerechter Infrastruktur in Wohnquartieren, Angebote zur Erhaltung der psychischen und physischen Aktivität sowie die Förderung sozialer Netze und gemeinschaftlicher Wohnformen.

3. *Die geschlechtersensible Ausrichtung von Prävention.* Das Geschlecht bestimmt entscheidend den Gesundheitszustand, das gesundheitsrelevante Verhalten und den Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem. So liegt der bekannte Unterschied in der Lebenserwartung der Geschlechter vor allem an der vorzeitigen Sterblichkeit von Männern an spezifischen, durch geschlechtsspezifisches Risikoverhalten mitverursachten Krankheiten und Unfällen. Geschlechtsunterschiede im Gesundheitszustand zeigen sich über die Lebenserwartung hinaus zum Beispiel an der Verteilung von Krankheiten und Gesundheitsrisiken oder an der Nutzung des gesundheitlichen Versorgungssystems.

Geschlechtersensible Prävention muss zum einen dafür sorgen, dass dort, wo Frauen und Männer die gleichen Gesundheitsbedürfnisse haben, sie auch die gleichen Gesundheitsleistungen erhalten (horizontale Gleichheit). Zum anderen müssen unterschiedliche Gesundheitsleistungen angeboten werden, wo unterschiedliche Gesundheitsbedürfnisse dies erfordern (vertikale Gleichheit). Eine solche zielgerichtete Prävention dient nicht nur dem Abbau gesundheitlicher Ungleichheit zwischen den Geschlechtern, sie leistet darüber hinaus einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen.

4. *Sozialraumorientierte Prävention.* Lebenswelten (Settings) als Zielbereiche und Zugangsweg für Gesundheitsförderung und Prävention sind zwar von allen Akteuren akzeptiert, die Bündelung von Ressourcen und Aktivitäten verschiedener Träger ist jedoch noch die Ausnahme. Als Rahmen für die auch Ressourcen schonende Verknüpfung von Aktivitäten sollten Sozialräume stärker genutzt werden als bisher. Dabei können sich Programme und Projekte auf Gebiete unterschiedlicher Komplexität erstrecken wie Städte, Gemeinden oder benachteiligte Quartiere mit besonderem Entwicklungsbedarf.

Wirksame Interventionsformen und Qualitätssicherung

Moderne Prävention findet dort statt, wo Menschen leben, arbeiten, lernen und spielen – also in ihrer Wohnumgebung, im Stadtteil, im Betrieb, in der Kindertagesstätte, in der Schule, in Freizeiteinrichtungen. In diesen relativ stabilen sozialen Zusammenhängen (Lebenswelten oder „Setting“) wird nicht nur die Gesundheit der Menschen direkt beeinflusst, sondern auch ihre Gesundheitsressourcen sowie die Wahrnehmung von Gesundheitsbelastungen. Im Setting-Ansatz werden die gesundheitsförderlichen Potenziale eines Settings genutzt, um Gesundheitsbelastungen sowie Anreize zu gesundheitsbelastendem Verhalten zu senken und Gesundheitsressourcen zu stärken – zum Beispiel durch bauliche, organisatorische und sozialklimatische Veränderungen, die die Bewohner, Beschäftigten, Lernenden und Spielenden unmittelbar einbeziehen.

Um eine möglichst große gesundheitsfördernde Wirkung zu erzielen, reicht es nicht aus, Interventionen auf die traditionellen Instrumente der Information, Aufklärung und Beratung zu beschränken. Die Wahrscheinlichkeit des Erfolgs steigt mit der Beeinflussung des jeweiligen Verhaltenskontextes in der Ausbildung, im Beruf oder in der Freizeit.

Setting- beziehungsweise Lebenswelt-Projekte sowie auf den jeweiligen Kontext bezogene Gesundheitskampagnen sind zwei Interventionsformen, die nach vorliegendem Wissen und Erfahrungen besonders gut die moderne Primärprävention („New Public Health“) repräsentieren und von denen sehr gute und nachhaltige Wirkungen erwartet werden können. In Deutschland werden sie bisher allerdings nur unzureichend genutzt. Ein neues Präventionsgesetz sollte deutlich verbesserte Voraussetzungen für ihre breitere Anwendung und Weiterentwicklung schaffen.

Evaluation und Qualitätsentwicklung müssen zukünftig in Prävention und Gesundheitsförderung stärkere Bedeutung erlangen. Evaluation, weil nur so ein Wirksamkeitsnachweis erbracht und die Evidenzbasis für weitere Maßnahmen verbreitert werden kann. Qualitätssicherung, weil es selbstverständlich sein sollte, dass präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen auf möglichst hohem Niveau etabliert werden.

Wünschenswert wäre zudem, dass es auf der Grundlage eines Präventionsgesetzes gelingt, möglichst unbürokratische Entscheidungsstrukturen zu schaffen, die als gestaltende und impulsgebende Kraft in die Gesellschaft und ihre Institutionen hinein wirken. Dies könnte einen Meilenstein auf dem Weg zu einer präventiven Ausrichtung der sozialen Sicherungssysteme bedeuten.

Literatur

- Altgeld T (2005) Zukunftsaufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung mehr Zielgruppen- und Qualitätsorientierung, weniger sektorales Denken, in *Krankenversicherung* 9/2005, 243-248.
- Artelt C, Baumert J, Klieme E, Neubrand M, Prenzel M, Schiefele U, Schneider W, Schümer G, Stanat P, Tillmann K-J, Weiß M (Hg) (2001) PISA 2000 – Zusammenfassung zentraler Befunde. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin.
- Baringpoint / FOGS im Auftrag des MFJFG des Landes NRW (2003) Evaluation des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst ÖGDG des Landes NRW, Entwurf des Schlussberichts.
- Bertelsmann-Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hg) (2004) Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik, Vorschläge der Expertenkommission. Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh.
- Böcken J u. a. (2005) Gesundheitsmonitor 2005. Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001) Lebenslagen in Deutschland, Berlin.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg) (2001) Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. BZgA, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg) (2005) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. BZgA, Köln.
- Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg) (2004) Mut zur Veränderung – Innovation durch eine integrierte Bildungs- Gesundheits- und Familienpolitik. Bonn.
- Fries J F (2003) Measuring and Monitoring Success in Compressing Morbidity *Annals of Internal Medicine*. Vol 139 455-459.
- Fuchs K (2005) Wovon der Besuch einer Kindertagesstätte abhängt! in Rauschenbach T Schilling M (Hg) *Kinder- und Jugendhilfereport* 2, 157-173. Juventa, Weinheim und München.
- Glaeske G, Francke R, Kirschner K, Kolip P, Mühlenbruch S (2003) Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.
- Hauser R (1989) Tendenzen der Armutsentwicklung in Deutschland, in Döring D Hauser R (1989) *Politische Kultur und Sozialpolitik* 118-132, Frankfurt.
- Holz G, Richter A, Wüstendörfer W, Giering D (2005) Zukunftschancen für Kinder – Wirkung von Armut bis zum Ende der Grundschulzeit. AWO Bundesverband e.V., Berlin.
- Hurrelmann K, Kolip P (Hg) (2002) *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Frauen und Männer im Vergleich*. Huber, Bern.
- Jugendministerkonferenz (2005) www.stmas.bayern.de/familie/jugendhilfe/jmk.htm#jahr2005, Zugriff 10/2005.
- Kofahl C, Nolan M, Mestheneos E, Triantafyllou J für die EUROFAMCARE-Gruppe (2005) Welche Unterstützung erfahren betreuende Angehörige älterer Menschen in Europa? In Klie T, Buhl A, Entzian H, Hedtke-Becker A, Wallrafen-Dreisow H (Hg) *Die Zukunft der gesundheitlichen sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen* 241-258. Mabuse, Frankfurt am Main.
- Kolip P, Altgeld T (Hrsg) (2006) *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis*. Juventa, Weinheim.
- Kruse A (2002) *Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*. Nomos, Baden-Baden.
- Kuhlmann E, Kolip P (2005) *Gender und Public Health*. Juventa, Weinheim.
- Lademann J, Kolip P (2006) *Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Schwerpunktheft*. Robert Koch-Institut, Berlin.

- Lenhardt U (2003) Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 11 (1) 18-37.
- McKeown T (1982) Die Bedeutung der Medizin – Traum, Trugbild oder Nemesis? Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Meier-Baumgartner H P, Dapp U, Anders J (2004) Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren. Kohlhammer, Stuttgart.
- Meinck M, Lübke N, Lauterberg J, Robra B-P (2004) Präventive Hausbesuche im Alter. Eine systematische Bewertung der vorliegenden Evidenz. Gesundheitswesen 2004, 66732-738.
- Mersemann H (2000) Gesundheit von Schulanfängern – Auswirkungen sozialer Benachteiligung In Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hg) Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen, 60-78, Köln.
- Mielck A (2005) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Huber, Bern.
- Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Huber, Bern.
- Mörath V (2005) Die Trimm-Aktionen des Deutschen Sportbundes zur Bewegungs- und Sportförderung in der BRD 1970 bis 1994. Wissenschaftszentrum Berlin, Discussion Paper SP I 2005-302, Berlin.
- Oswald F, Naumann D, Schilling O, Wahl H-W (2005) Selbstständig wohnen im sehr hohen Alter – Ergebnisse aus dem Projekt ENABLE-AGE, in Klie T, Buhl A, Entzian H, Hedtke-Becker A, Wallrafen-Dreisow H (Hg) Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen (325-335). Mabuse, Frankfurt am Main.
- Robert Koch-Institut (2003) Bundes-Gesundheitssurvey: Alkohol-Konsumverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Rosenbrock R (1995) Public Health als soziale Innovation, in Das Gesundheitswesen 57. Jg, Heft 3 140-144.
- Rosenbrock R, Schaeffer D (Hg) (2002) Die Normalisierung von Aids. Politik – Prävention – Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung Band 23. edition sigma, Berlin.
- Rosenbrock R (2003) Aids-Prävention – eine gefährdete Innovation in Jäger H (Hg) Aids und HIV-Infektionen, Handbuch und Atlas für Klinik und Praxis. 41. Erg Lfg VII-83 (1-4). ecomed, Landsberg.
- Rosenbrock R, Bellwinkel M, Schröer A (Hg) (2004) Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Gesundheitsförderung und Selbsthilfe 8. Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft, Bremerhaven.
- Rosenbrock R, Gerlinger T (2004) Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften 2 (2006). Huber, Bern.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen/Fischer GC, Kuhlmei A, Lauterbach KW, Rosenbrock R, Schwartz FW, Scriba PC, Wille E (2002) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001
Band I Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation
Band II Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege
Band III 1-4 Über-, Unter- und Fehlversorgung. Nomos, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen / Fischer GC, Kuhlmei A, Lauterbach KW, Rosenbrock R, Schwartz FW, Scriba PC, Wille E (2003) Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003
Band II Qualität und Versorgungsstrukturen. Nomos, Baden-Baden.

- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Fischer GC, Kuhlmeier A, Glaeske G, Lauterbach KW, Rosenbrock R, Scriba PC, Wille E (2005) Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005. Kohlhammer, Stuttgart.
- Schneekloth U (2005) Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten. Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung, in Schneekloth U, Wahl HW (Hg) Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III), Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend 55-98. Eigenverlag, München.
- Schwartz FW, Bitzer EM et al (1999) Gutachten „Gesundheitsausgaben für chronische Krankheit in Deutschland – Krankheitskostenlast und Reduktionspotentiale durch verhaltensbezogene Risikomodifikation“. Pabst Science Publishers, Lengerich-Berlin.
- Statistisches Bundesamt (2004) Kinder in der Sozialhilfe. Wiesbaden
- Stuck AE, Rubenstein LZ, Steiner AE (1993) Inhome Preventive Health Care for Older Persons. Results of a three-year-randomized controlled study. *The Gerontologist* 33 (309-310).
- Töppich J (2004) Evaluation und Qualitätssicherungskonzepte in der Prävention und Gesundheitsförderung der BZgA. Vortrag auf der Fachtagung EpiBerlin am 12.02.04 „Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung“, Manuskript.
- Trojan A, Legewie H (2001) Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. VAS, Frankfurt am Main.
- Trojan A (2004) Prävention und Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden, in Hurrelmann K et al Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Huber, Bern.
- UNICEF (2005) Child Poverty in Rich Countries 2005 Innocenti Report Card Nr 6 Florenz UNICEF Innocenti Research Centre
- Vieth P (1988) Die Durchsetzung des Sicherheitsgurtes beim Autofahren. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im WZB P88-203. Berlin.
- Walter U (2002 revidiert April 2003) Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht.
- Wuthe J (2005) Zehn Jahre Gesundheitsdienstgesetz Baden Württemberg (ÖGDG), Zwischenbilanz und Ausblick. *Prävention, Zeitschrift für Gesundheitsförderung* 28, 93-95.
- Zimmermann I (2000) Das Hamburger Modell: Mit Paten ans Ziel kommen. *Public Health Forum* 28, 24.

Autorinnen- und Autorenverzeichnis

Thomas Altgeld

Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V., Hannover

Dr. Raimund Geene

Vertr.-Professor für kindliche Entwicklung und Gesundheit, Hochschule Magdeburg/Stendal (FH), Standort Stendal

Prof. Dr. Gerd Glaeske (*Koordination*)

Mitglied im Direktorium des Zentrums für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Leiter der Arbeitsgruppe „Arzneimittelanwendungsforschung“, Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen

Prof. Dr. Petra Kolip

Geschäftsführende Direktorin des Institutes für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen, Fachbereich 11

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock

Leiter der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)

Prof. Dr. Dr. Alf Trojan

Direktor des Institutes für Medizin-Soziologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Redaktion: **Sabine Keller**, Köln-Refrath

Veröffentlichungen

Ausgewählte Veröffentlichungen der Abteilung Arbeit und Sozialpolitik

Das Europäische Sozialmodell im 21. Jahrhundert, Diskussionspapier, 2005

Rechtsfragen einer solidarischen Bürgerversicherung (Dr. Bernd Schulte), 2005

Sozialpolitische Flankierung einer verlängerten Erwerbsphase, 2004

Mut zur Veränderung. Innovation und Chancengleichheit durch eine integrierte Bildungs-, Gesundheits- und Familienpolitik (Boos-Nünning/Lauterbach/Rudolph/Weisskirchen), Diskussionspapier, 2004

Überlegungen zur deutschen Alterssicherungsreform vor dem europäischen Hintergrund (Prof. Dr. Döring), 2004

Bürgerversicherung versus Kopfpauschale, 2003

Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen, Diskussionspapier, 2003

Gesundheitsreform in Deutschland. Sind Elemente aus anderen Ländern Europas übertragbar auf unsere Reform?, Tagungsdokumentation, 2003

Veröffentlichungen des Gesprächskreises Sozialpolitik

Sterben in Würde. Ethische, medizinische und rechtliche Herausforderungen, Tagungsdokumentation, 2006

Sozialer Ausgleich in den alten und neuen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, Tagungsdokumentation, 2006

Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik, Diskussionspapier, 2006

Die Volltexte dieser Publikationen finden Sie im Internet unter:

www.fes.de/aspol