

Prävention

Eine Spielwiese für Einzelaktivitäten heterogener Akteure?

von Thomas Altgeld¹

ABSTRACT

Integrierte Präventionsansätze werden häufig gefordert und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definiert. Aber hinter diesen Ansprüchen schwindet schnell die Verantwortungsbereitschaft relevanter Akteure. Gesamtgesellschaftliche Aufgaben müssen verbindlich geregelt und organisiert werden. Die gesetzlichen Krankensicherungen sind verpflichtet, Präventionsleistungen zu erbringen. Im Bereich der Primärprävention sind aber eine Fülle unkoordinierter, zum Teil sogar konkurrierender Angebote entstanden – von noch ausstehenden Wirksamkeitsnachweisen ganz zu schweigen. Auch für den staatlichen Sektor liegen kaum integrierte Handlungskonzepte vor. Es herrscht eine Vielfalt von Einzelaktivitäten auf unterschiedlichen Ebenen vor. Erfolgreiche Modellprojekte schaffen es wegen befristeter Förderstrategien nicht in die Routineanwendung. Besser koordinierte verhältnispräventive Maßnahmen und eine frühzeitige Partizipation der relevanten Zielgruppen könnte Prävention in Deutschland nachhaltiger und wirksamer machen.

Schlüsselwörter: Verhaltensprävention, Verhältnisprävention, Chancengleichheit, Präventionskette, integrierte Handlungskonzepte

***Integrated prevention approaches** are often called for and prevention is defined as a societal responsibility. But behind these claims, the willingness of relevant actors to accept responsibility quickly fades. Overall, the rules and organisation of social work must be binding. Statutory health insurance funds are required to provide preventive services. However, in the area of primary prevention, there is a wealth of uncoordinated, sometimes even competing services – not to mention that evidence of their efficacy is still outstanding. For the public sector, there are hardly any integrated action plans either. Instead, there is a variety of individual activities on different levels. Due to limited funding strategies, successful model projects have not yet become routine use. Prevention in Germany would be much more sustainable and effective if there were better coordinated structural prevention measures and an earlier participation of the relevant target groups.*

Keywords: behavioural prevention, structural prevention, equal opportunities, prevention chain, integrated action plans

1 Einleitung

Das Thema Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt sich zum gesundheitspolitischen Dauerthema, ohne dass in der Ausgestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen in den letzten Jahren entscheidende Fortschritte erzielt worden wären. Zuletzt stand es im Mittelpunkt einer öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages am 30. November 2011, in der sich alle drei Oppositionsfractionen (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, Die Linke) für

eine deutliche Aufwertung von Prävention und Gesundheitsförderung starkmachten. Die Regierungsfractionen sahen hingegen keinen Regelungsbedarf. In der grundsätzlichen Wertschätzung von Prävention und Gesundheitsförderung besteht aber ein parteiübergreifender Konsens. Möglicherweise auch, weil von den Ansätzen und den zugrunde liegenden Konzepten meistens nur sehr holzschnittartige Vorstellungen bestehen und zumeist nicht über Hippokrates hinausgehen, der bereits im vierten Jahrhundert vor Christus festgehalten hat, dass Vorbeugen besser als Heilen ist.

¹Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. · Fenskekweg 2 · 30165 Hannover
Telefon: 0511 38811890 · Telefax: 0511 3505595 · E-Mail: thomas.altgeld@gesundheit-nds.de

Die Frage stellt sich nur, wie soll das am effektivsten organisiert werden? Was sind Voraussetzungen für mehr gelingende Prävention und was ist nur irgendwie „nice to have“? Verschiedene westeuropäische Länder, insbesondere die skandinavischen Staaten, die Niederlande und Großbritannien, haben gezeigt, dass die Verankerung von mehr Gesundheit in verschiedenen Politikbereichen (zum Beispiel in der Familien- und Seniorenpolitik) erfolgreich sein kann und sich nicht auf symbolische Maßnahmen im Bereich von Einzelprogrammen oder ineffektiven Informationsmaterialien beschränken darf.

2 Was ist Prävention?

Die klassische Präventionsperspektive ist es, gesundheitliche Risikofaktoren zu identifizieren und zu analysieren sowie Minimierungsstrategien dagegen zu entwickeln. „Gesundheitliche Risikofaktoren sind Merkmale, von denen angenommen wird, dass sie die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Erkrankungen erhöhen“ (Bengel et al. 2009, 10). Je nach Handlungsebene lassen sich dann drei Präventionsformen unterscheiden:

- universale Prävention: Ansprache der Gesamtbevölkerung beziehungsweise großer Teilpopulationen; für alle Adressaten nützlich oder notwendig
- selektive Prävention: Interventionen bei umrissenen Zielgruppen mit einem vermuteten, eventuell überdurchschnittlichen Risiko, also Risikoträgern; versucht, empfohlene Vorsorge- oder Früherkennungsmaßnahmen um- und durchzusetzen
- indizierte Prävention: Interventionen bei Personen und Gruppen mit gesicherten Risikofaktoren beziehungsweise manifesten Störungen oder Devianzen; versucht, bei diesen vorsorgend, frühbehandelnd oder schadensminimierend/rückfallpräventiv einzuwirken (vgl. Gordon 1983)

Darüber hinaus lassen sich verhaltens- oder verhältnispräventive Ansätze für alle drei genannten Präventionsformen entwickeln und umsetzen. Entscheidend dabei ist immer der Blick auf das wahrgenommene oder zugeschriebene Risiko sowie der Versuch, risikominimierend oder -eliminierend zu wirken. Dabei wird in modernen Präventionsansätzen durchaus auch die Stärkung von Schutzfaktoren und der Aufbau von Lebenskompetenzen als risikominimierend angesehen. Aber Ausgangspunkt der Strategieentwicklung ist immer das vermutete oder festgestellte Gesundheitsrisiko. Die Erkenntnis, dass neben Belastungen und Risiken gerade Schutzfaktoren und Ressourcen eine wesentliche Bedeutung für die Entstehung von Gesundheit und Wohlbefinden haben, setzt sich hier erst langsam durch (Antonovsky 1997; Kaluza 1997; Bengel et al. 2009). Die logische Konsequenz daraus, dass die Stärkung

von Ressourcen und Schutzfaktoren quasi generalpräventiv sein könnte gegen vielerlei Risikokonstellationen, wird bislang nur in wenige umfassend angelegte Programme gegossen.

3 Die alte und neue Unübersichtlichkeit der deutschen Präventionslandschaft

Die Präventions- und Gesundheitsförderungslandschaft in Deutschland ist heterogen und zersplittert. Sie erweist sich auf den unterschiedlichen staatlichen Ebenen als unverbunden nebeneinander organisiert und wird getragen vor Ort durch zum Teil konkurrierende Anbieter, zum Beispiel von gesetzlichen Krankenkassen oder Einrichtungen der Wohlfahrtspflege. Die wichtigsten Handlungsfelder sind:

- Prävention in der Schwangerschaft, Frühe Hilfen
- Kriminalprävention, Gewaltprävention, Suchtprävention
- Gesundheitsbezogene Prävention in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung
- andere krankheitsspezifische Prävention (zum Beispiel Impfungen, Jodmangel, Krebsfrüherkennung)
- Unfallprävention (am Arbeitsplatz, in Verkehr und Freizeit)
- Sexualaufklärung beziehungsweise Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen (Aids, Hepatitis u.a.) und Prävention von frühen Schwangerschaften
- Suizidprävention und Prävention psychischer Erkrankungen
- Gesundheitsförderung in Settings (zum Beispiel Kindertagesstätten, Schulen, Kommunen oder Betriebe)

Diese Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sind zurzeit in Deutschland in verschiedenen Gesetzen verankert. Darüber hinaus werden Maßnahmen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung in erster Linie aus öffentlichen Haushalten gefördert (zum Beispiel Sucht-, Gewalt-, Kriminalprävention oder Sport- und Bewegungsförderung). Eine zunehmend wichtige Rolle bei der Finanzierung spielt das Engagement nichtöffentlicher, gemeinnütziger Träger sowie des privaten Sektors in der Prävention und Gesundheitsförderung. Tabelle 1 systematisiert die wichtigsten Ebenen und Strukturen der Finanzierung von Gesundheitsförderung und Primärprävention auf den unterschiedlichen Ebenen. Ausgaben zur Sekundär- und Tertiärprävention sind dabei nicht berücksichtigt.

Die Zersplitterung der Präventionslandschaft und das unkoordinierte Vorgehen der Akteure macht bestimmte Settings, insbesondere die am häufigsten adressierten, also Kindertagesstätten und Schulen, eher präventionsmüde. Die Unübersichtlichkeit der Angebote und die Vielzahl der Themen motiviert zumeist nicht für mehr Engagement in diesen

TABELLE 1

Ausgewählte Einrichtungen, Strukturen, Finanzierungsquellen und Finanzierungswege der Primärprävention und Gesundheitsförderung von der europäischen zur lokalen Ebene

	Staatliche Stellen	Öffentlich-rechtliche Körperschaften	Freie Träger/Nichtregierungsorganisationen ¹	Private Träger
Europäische Ebene	Aktionsprogramme, Gemeinschaftsinitiativen oder andere Haushaltsmittel der EU Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, Bilbao	WHO – Regionalbüro für Europa, Kopenhagen European Foundation for Improvement of Living and Working Conditions, Dublin	European Section of IUHPE (International Union for Health Promotion and Education)	Investitionen multinationaler Betriebe Gelder von transnationalen Stiftungen
Nationale Ebene	Haushaltsmittel der Bundesministerien für Gesundheit, Familie, Forschung, Inneres, Ernährung und Arbeit Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Bundesanstalt für Arbeitsschutz	Mittel der gesetzlichen Kranken-, Renten und Unfallversicherer Mittel der Körperschaften der Ärzteschaft auf Bundesebene	Stiftungsgelder, z. B. Robert-Bosch-Stiftung, Bertelsmann Stiftung Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung Deutsche Gesellschaft für Ernährung Deutscher Olympischer Sportbund	Investitionen nach dem Arbeitsschutzgesetz (1996) Großbetriebe
Ebene der Bundesländer	Haushaltsmittel der Landesministerien für Gesundheit, Soziales, Inneres, Kultus und Frauen Landesgesundheitsämter Landesinstitute für Lehrerfortbildung	Mittel der Landesverbände der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherer Landesärztekammern	Lottostiftungen der Länder Landeszentralen/-vereinigungen für Gesundheit Landessektionen der DGE Landessportbünde	Investitionen von Großbetrieben Spenden und Initiativen von Privatpersonen
Kommunale Ebene	Haushaltsmittel der Kommunen Gesundheitsämter Schulverwaltungen	Mittel der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherer	Gelder von lokalen Stiftungen Gesundheitszentren lokale Gesundheitsinitiativen Sportvereine	Investitionen von Klein- und Mittelbetrieben Spenden und Initiativen von Privatpersonen Bußgelder

¹Die nichtstaatlichen Einrichtungen erhalten zum Teil Fördergelder aus dem staatlichen und Sozialversicherungssektor. Sie akquirieren aber weitere Gelder und setzen darüber hinaus Eigenmittel, Spenden und Mitgliedsbeiträge in erheblichem Umfang ein.

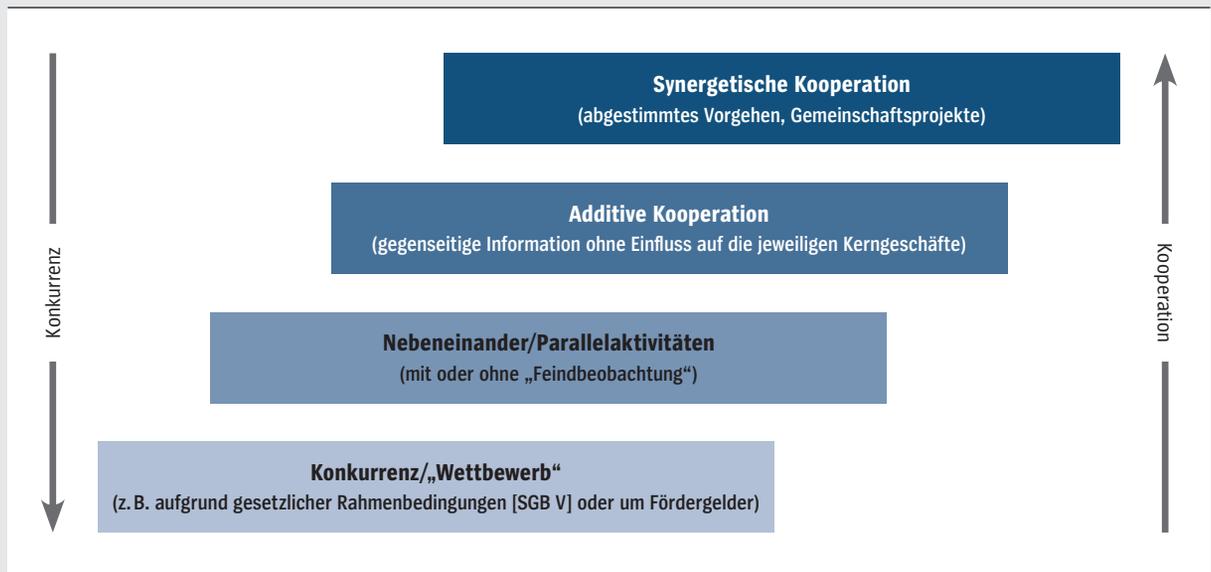
Quelle: Altgeld 2011, Grafik: G+G Wissenschaft 2012

Feldern, weil sich häufig eher konkurrierende oder parallele Strukturen beobachten lassen, die teilweise sogar wie zum Beispiel die gesetzlichen Krankenversicherer von der Gesundheitspolitik zum Wettbewerb um effektivere Lösungen aufgerufen werden. Für viele bevölkerungsbezogene Gesund-

heitsprobleme und präventive Antworten darauf ist ein Wettbewerb von zurzeit 146 Krankenkassen unterschiedlicher Größe jedoch eher problemverschärfend als problemlösend. Die unterschiedlichen Kooperations- und Konkurrenzstufen sind in Abbildung 1 zusammengefasst.

ABBILDUNG 1

Stufen der Kooperation und Konkurrenz in der Prävention



4 Prävention in der gesetzlichen Krankenversicherung

Innerhalb des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) ist die Prävention mehrfach verankert. Schon Paragraph 1 macht den damit verbundenen Anspruch unter der Überschrift Solidarität und Eigenverantwortung sehr deutlich: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken“ (www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_1.html, letzter Aufruf: Februar 2012).

Aber obwohl die Prävention für den Regelungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherungen damit grundlegend gemacht wird, werden im SGB V die Einzelregelungen quasi verstreut über das ganze Sozialgesetzbuch getroffen und nicht einmal unter einheitlichen Begrifflichkeiten ver-

ankert. Es tauchen teilweise in synonymen Verwendungen die Begriffe Früherkennung, Verhütung von Erkrankungen, medizinische Vorsorgeleistungen, Gesundheitsförderung, primäre Prävention, Prophylaxe, Gesundheitsuntersuchungen und gesundheitsbewusstes Verhalten auf. Erklärbar ist das nur mit dem Zeitpunkt der gesetzlichen Verankerungen, häufig jedoch nicht mit den zugrunde liegenden Ansätzen und Konzepten. Walter hat in einem Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit bereits 2003 eine ähnliche Begriffsverwirrung für fast alle Sozialgesetzbücher kritisiert und auch die mangelnde Anschlussfähigkeit der Präventionsbegriffe zwischen den verschiedenen Sozialgesetzbüchern (Walter 2003).

Zur einfachen Übersicht über die verschiedenen Präventionsleistungen der GKV ist neben den drei Formen der Prävention (universal, selektiv und indiziert) die klassische Unterscheidung der Präventionsebenen nach Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sinnvoll. Nachfolgende Tabelle gibt einen Kurzüberblick über die Präventionsebenen, die Ziele und Zielgruppen sowie die Verankerung im SGB V (Tabelle 2).

Die Übersicht und die Fülle der Paragraphen macht deutlich, dass Präventionsleistungen auf allen drei Ebenen als wesentlicher Leistungsbereich der GKV angesehen werden kann, auch wenn die Gesamtausgaben für die Leistungen in diesen

Feldern deutlich unter den Leistungen für ambulante und stationäre Krankenbehandlungen, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel sowie Krankengeld liegen. Während die Leistungsausgaben sehr transparent sind, ist die Ergebnisqualität in einigen Bereichen noch ungesichert. Mit dem zuletzt 2010 aktualisierten GKV-Leitfaden Prävention hat der GKV-Spitzenverband entsprechend Paragraf 20 Absatz 1 SGB V in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene die inhaltlichen Handlungsfelder und qualitativen Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung festgelegt, aber nur auf der Ebene der Struktur und Prozessqualität (*GKV-Spitzenverband 2010*). Eine Verpflichtung zur Überprüfung der Effekte fehlt vollständig.

Die Daten zu den Bonusprogrammen für gesundheitsbewusstes Verhalten, die viele Krankenkassen als Satzungsleistung anbieten, beschränken sich bislang – soweit überhaupt vorhanden – auf Teilnahmezahlen. Ob über diese Programme Versicherten ein Anreiz geboten wird, sich gesundheitsbewusster zu verhalten, als sie es ohnehin bereits tun, ist nicht evaluiert worden. Ebenso wenig ist transparent, welche Versichertengruppen diese Programme tatsächlich in Anspruch nehmen, aber man kann von einer überdurchschnittlichen Inanspruchnahme von sozial besser gestellten Versicherten mit wahrscheinlich besserem Gesundheitsstatus als andere Versichertengruppen ausgehen. Auch für den Gesundheits-Check-up und die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen hat Walter eine fehlende Begleitevaluation kritisiert, die die Überprüfung der Testqualität sowie die Wirksamkeit der Screening-Diagnostik ermöglicht (*Walter 2003*). Zudem wurde bemängelt, dass für diese Leistungen kein gezieltes Einladungssystem, weder kassenseitig noch auf Seiten der Leistungserbringer, existiert.

5 Ist die Prävention in Deutschland nachhaltig und effektiv organisiert?

Während die beschriebenen Leistungen der GKV und auch anderer Sozialversicherungszweige, zum Beispiel der gesetzlichen Unfallversicherungen, vergleichsweise transparent sind, was die Ausgabenhöhen anbelangt (*DGUV 2011*), fehlt eine entsprechende Transparenz schon über die Ausgaben des öffentlichen Sektors in den unterschiedlichen staatlichen Ebenen und des Privatsektors vollständig. Bislang liegen nur unvollständige Zahlen dazu vor. Eine Bestandsaufnahme von präventiven Programmen in allen Geschäftsfeldern der Bundesregierung, der Landesregierungen und Kommunen ist unbedingt notwendig, bevor neue Aktivitäten gestartet werden. Neue Aktivitäten und Förderrichtlinien sollten Kooperationsmöglichkeiten mit bereits vorhandenen Aktivitäten aufzeigen, statt die Präventionswelt immer wieder neu zu erfinden.

Es fehlt zudem eine zwischen den relevanten Bundesministerien (Gesundheit; Arbeit und Soziales; Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz; Bildung und Forschung; Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit) abgestimmte Präventionsstrategie. Lediglich punktuell und themengebunden, zum Beispiel im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung – sind Abstimmungen erfolgt. Aber die ganzen Aktionspläne unterliegen bestimmten politischen Konjunkturen und sind selten in der unterlegten Förderung langfristig angelegt. Für den Nationalen Aktionsplan IN FORM, der gemeinsam vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) und Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) erarbeitet wurde, reicht der Zielzeitraum bis 2020. Damit wollte die Bundesregierung erreichen, „dass Kinder gesünder aufwachsen, Erwachsene gesünder leben und dass alle von einer höheren Lebensqualität und einer gesteigerten Leistungsfähigkeit profitieren“ (www.bmg.bund.de/glossar_begriffe/i-j/in-form.html, letzter Aufruf: Februar 2012).

Aber die Förderungen auf Seiten des BMELV und des BMG liefen, was kommunale Aktivitäten anbelangt, zwischen 2009 und 2011 parallel und die Fördermöglichkeiten des BMG wurden für das aktuelle Haushaltsjahr 2012 auf marginale Möglichkeiten zurückgefahren, auch weil zwischenzeitlich bereits andere nationale Aktionspläne im Präventionssektor (zum Beispiel zu seltenen Erkrankungen oder Alkoholprävention) forciert wurden. Eine Abstimmung von Handlungsschwerpunkten, Förderaktivitäten und eine Koordination der Präventionsaktivitäten der nachgeordneten Behörden (zum Beispiel Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Robert-Koch-Institut, Deutsches Jugendinstitut, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Bundesanstalt für Arbeit, Max-Rubner-Institut, Umweltbundesamt etc.) existiert ebenfalls kaum. Zurzeit wird beispielsweise eine neue Ausrichtung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ohne Einbezug der genannten Institutionen auf Bundesebene erarbeitet.

Ein weiterer kritischer Punkt ist die konkrete Ausgestaltung der meisten Präventionsansätze. Die vorhandenen finanziellen Mittel werden vorrangig in Medien und Informationsmaterialien investiert. Die Wirksamkeit dieses einfachen Interventionsansatzes („Mehr Wissen verändert das Gesundheitsverhalten“) ist nicht belegt. Die Produktion von Broschüren, Plakaten, Filmen und Computerspielen entspricht eher der Logik der Anbieter als den Bedarfen der Zielgruppen. Für die wesentlichen Präventionsthemen werden zudem von unterschiedlichen Anbietern konkurrierende Materialien erstellt. Hier besteht Bedarf an einer nationalen Clearingstelle für effektives Präventionsmaterial und einer Übersicht über die vorhandenen Angebote. Dies würde auch den Markt für immer neue (läppische und unwirksame)

TABELLE 2

Präventionsebenen und Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention
Zeitpunkt der Intervention	vor Eintreten einer Erkrankung	in Frühstadien einer Erkrankung	nach Manifestation einer Erkrankung
Ziel der Intervention	Verringerung der Inzidenz von Erkrankungen, Risikominimierung oder -elimination	medizinische Diagnose von zum Teil noch klinisch symptomlosen Frühstadien einer Erkrankung und deren erfolgreiche Frühbehandlung	Verhütung der Krankheitsverschlimmerung, Vermeidung von bleibenden Funktionsverlusten und eingeschränkten Aktivitäten beziehungsweise Teilhabe
Adressaten der Intervention	gesunde beziehungsweise Personen ohne Symptome	noch gesunde Personen mit manifesten, bereits auftretenden unklaren oder noch ohne Symptome	Patientinnen und Patienten mit chronischer Beeinträchtigung
Leistungen und Begrifflichkeiten im SGB V	§ 20 Prävention § 20a Betriebliche Gesundheitsförderung § 20b Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren § 20d Schutzimpfungen § 21 und 22 Verhütung von Zahnerkrankungen § 23 und 24 Medizinische Vorsorgeleistungen § 65a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	§ 25 Gesundheitsuntersuchungen § 26 Kinderuntersuchung	§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation § 42 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter § 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation § 137g Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme § 140a Integrierte Versorgung

Quelle: Altgeld 2010; G+G Wissenschaft 2012

Ideen von irgendwelchen Agenturen austrocknen, die die Medien zwar trendgemäßer gestalten, aber nicht effektiver. Auch der aktuelle Boom aller Präventionsanbieter, irgendwie in den sozialen Medien (Facebook, Twitter etc.) präsent zu sein, schafft nur neue Geschäftsfelder für Kommunikationsagenturen, ohne eine einzige gesundheitsbezogene Verhaltensweise nachweislich zu verändern.

Auch wenn mittlerweile die Prävention im Alter verstärkt diskutiert und in ihren Potenzialen erkannt wird, fokussiert das Gros der Programme und Aktivitäten von Sozialversicherungen, öffentlicher Hand und Privatsektor auf den Bereich der Kinder und Jugendlichen. Kindertagesstätten und Schulen könnten Schlüssel-Settings zur Herstellung der gesundheitlichen Chancengleichheit sein, weil hier frühe, familiär bedingte Sozialisationsdefizite kompensiert werden können. Bei den gesundheitsbezogenen Aktivitäten domi-

nieren bislang jedoch Programme, die Einzelaspekte der Prävention und Gesundheitserziehung in den Vordergrund stellen. Am häufigsten wurden Programme zur Bewegungs- und Sprachförderung, Ernährungs-, Verkehrserziehung und Suchtprävention entwickelt. Diese weisen häufig eine Risikoorientierung, wenig Partizipationsmöglichkeiten und kaum Vernetzungsansätze auf. Sie werden den Schulen und KiTas meistens zudem nur angeboten und nicht entlang der konkreten Bedarfe gemeinsam entwickelt. Träger- und kassenartenübergreifende Projekte sind eher die Ausnahme als der Regelfall.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) mahnt in mehreren Gutachten eine zielgruppenorientierte und koordinierte Vorgehensweise an (SVR 2007; SVR 2009): „Strategien und Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheitschancen von

Kindern und Jugendlichen sollten so früh wie möglich im Lebenslauf ansetzen. Die Logik des ‚Je früher desto besser‘ sollte mit der Maxime ‚Je breiter desto wirksamer‘ verbunden werden. Die Verbindung zwischen verschiedenen Politik- und Interventionsbereichen, die inzwischen in der Armut- und Reichtumsberichterstattung des Bundes mit dem Ansatz der Verwirklichungschancen vorgekommen wurde, kann hier als beispielgebend angesehen werden und sollte zunehmend in die Praxis umgesetzt werden“ (SVR 2009, 49). Der SVR betont die Notwendigkeit von effektiver Armutsprävention, frühen Hilfen und einem verbesserten intersektoralen Schnittstellenmanagement.

6 „Gesund Leben Lernen“ als Modellfall?

Integrierte Ansätze werden zwar häufig gefordert und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definiert. Aber hinter diesem Terminus schwindet leicht die Verantwortungsbereitschaft verschiedener relevanter Akteure. Auch gesamtgesellschaftliche Aufgaben müssen verbindlich geregelt und organisiert werden. Ohne Koordination und Kooperation diffundiert die Problemwahrnehmung genauso wie die Gestaltung von Aktivitäten. Die Erfüllung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben lässt sich aber marketingmäßig schlecht bewerten. Auch deshalb ist sie in einem konkurrenzorientierten System wenig attraktiv.

Am Beispiel „Gesund Leben Lernen“ (GLL) in Niedersachsen lässt sich jedoch zeigen, wie ein sinnvolles und nachhaltiges Präventionsengagement unterschiedlicher Akteure aussehen könnte und gesamtgesellschaftliche Aufgaben für das Setting Schule aufgebaut sein könnten. GLL ist bislang der einzige kassenartenübergreifende Modellversuch der ehemaligen Spitzenverbände der GKV im Bereich der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche nach Paragraph 20 SGB V geblieben (Kliche *et al.* 2007). Der Konkurrenzdruck innerhalb des Krankenkassensystems bei fehlenden Gestaltungsmöglichkeiten in vielen anderen Versorgungsbereichen war offensichtlich zu hoch. Außerdem fehlten Anreizsysteme durch die Gesundheitspolitik, kassenartenübergreifende Ansätze zu entwickeln.

GLL ist ein Kooperationsprojekt, das Prinzipien und Instrumente des Betrieblichen Gesundheitsmanagements erfolgreich für Schulen angepasst und übertragen hat. Seit 2003 arbeiten in Niedersachsen mittlerweile mehr als 160 Schulen nach diesem Ansatz. Dabei spielt die Beteiligung aller relevanten Gruppen in den Schulen eine wichtige Rolle für die Identifizierung der gesundheitsbezogenen Handlungsbedarfe jeder einzelnen Schule. Die von den Schulen im Rahmen des Prozesses entwickelten Lösungen leisten einen Beitrag zu mehr Chancengleichheit im Bildungssystem, weil

insbesondere Schularten über das Projekt erreicht werden, in denen traditionelle wissensbasierte Präventionsprogramme auf wenig Interesse stoßen, zum Beispiel Förder- und Hauptschulen sowie Berufsschulen (Altgeld und Windel 2011).

Nach Ablauf der Förderung durch die Spitzenverbände der GKV 2006 ist es in Niedersachsen gelungen, die entstandenen Kooperationen weitgehend aufrechtzuerhalten und neue Partner für die Zusammenarbeit innerhalb von GLL zu gewinnen. Nur eine einzige Kassenart ist nach Ablauf der Modellphase aus dem Projekt ausgestiegen, der Verband der Ersatzkassen. Mit hohem Engagement der anderen Partner, insbesondere der AOK Niedersachsen und des Niedersächsischen Kultusministeriums, konnte GLL in Niedersachsen systematisch ausgebaut und weitergeführt werden. Finanziell unterstützt werden die Aktivitäten durch das Niedersächsische Kultusministerium über die Abordnung einer Lehrkraft, die AOK Niedersachsen über den Einsatz von Fachkräften vor Ort sowie den BKK Landesverband Mitte, die Landwirtschaftliche Sozialversicherung Niedersachsen-Bremen, die ikk classic und den Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover/Landesunfallkasse Niedersachsen. Weitere Projektpartner auf Landesebene sind das Niedersächsische Landesinstitut für schulische Qualitätsentwicklung (NLQ), die Medizinische Hochschule Hannover sowie der Landesverband der Kinder- und Jugendärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Kooperationspartner sind vertreten in einer Lenkungsgruppe, die die strategischen Ziele und deren Umsetzung festlegt.

Das Beispiel zeigt, dass ein koordiniertes Vorgehen Synergieeffekte schafft und Zielgruppen erreicht, die über Einzelmaßnahmen nicht erreicht werden können. Die gemeinsame Definition von Gesundheitszielen, wie sie im Rahmen des nationalen Gesundheitszieleprozesses gesundheitsziele.de erfolgt, ist auf der Ebene der Erarbeitung von Zielkonzepten äußerst erfolgreich, aber bleibt dann bei der Umsetzung weit dahinter zurück, weil keine Abstimmung der verschiedenen staatlichen Ebenen (Bund, Länder und Kommunen) über Förderprogramme und Umsetzungszeitpläne erfolgt. Auch alle anderen Akteure (Sozialversicherungen, Leistungserbringer oder Industrie) beharren auf dem Prinzip der Selbstverpflichtung und investieren wenig in die Zielumsetzung. In der Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele „gesund aufwachsen“ (in der aktualisierten Version von 2010) und „gesund älter werden“ (wurde Ende 2011 abgeschlossen) könnte diese bessere Verzahnung jedoch erstmals nachhaltig erprobt werden. Für das Gesundheitsziel „gesund aufwachsen“ liegen bereits einstimmige und zustimmende Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz und Jugendministerkonferenz vor. Zudem sollten Präventionsketten kommunal und zwischen den verschiedenen staatlichen Ebenen organisiert werden, die von den Akteuren gemeinsam getragen und entwickelt werden. Dem holländischen Modell folgend sollte eine

kostenneutrale Verpflichtung zur Kooperation in den Zuwendungsrichtlinien unterschiedlicher Sektoren für die Förderung von Präventionsansätzen gesetzlich verankert werden. Neue Anträge für öffentliche Gelder müssten zunächst eine Feldanalyse vorlegen sowie die Kooperationsmöglichkeiten ausloten und nachweisen.

7 Fazit: Mehr Geld in Prävention investieren?

Das Beispiel der Veränderung von Förderrichtlinien zeigt, dass es nicht unbedingt um mehr finanzielle Mittel für Prävention gehen muss, sondern dass der koordinierte Einsatz von bereits vorhandenen Mitteln ein wesentlicher Schritt nach vorne wäre. Dabei könnte die GKV ein Player sein, der seine Ressourcen und Kompetenzen in die integrierten Präventionsansätze einbringt.

Der systematische Nachweis von Effekten und die langfristige Ausrichtung der Präventionsforschung stellt eine weitere wichtige Herausforderung dar. Der Wirksamkeitsnachweis ist aufgrund der Komplexität vieler Ansätze eine methodische Herausforderung, für die aber in jüngster Zeit Modelle und Instrumente entwickelt wurden, die der Komplexität und Dynamik von Gesundheitsförderung auch in der Methodik Rechnung tragen (*Kolip und Müller 2009*).

Eine stärkere partizipative Ausrichtung der Prävention sowie eine höhere Priorität der Kontextbeeinflussung, also der Verbesserung der Weichenstellungen für mehr Gesundheit in den Lebenswelten, würde verbunden mit einer ausreichenden Qualitätssicherung, die die bisherigen Präventionsaktivitäten vom Kopf quasi auf die Füße stellt und damit auch das vermutete gesundheitsökonomische Potenzial der Prävention, endlich realisiert. Das entscheidende Kriterium für erfolgreiche Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätze ist neben einem koordinierten Vorgehen eine frühzeitige Beteiligung der anvisierten Zielgruppen.

Eine weitere Möglichkeit, Prävention nachhaltiger zu gestalten, ist eine stärkere Fokussierung von verhältnispräventiven Ansätzen. Im Rahmen der Arbeitswelt erfolgt dies bereits. Die Bundesrepublik Deutschland verfügt über im internationalen Vergleich hohe Standards im Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie der Unfallverhütung. Dabei sind im Rahmen eines dualen Systems mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz insbesondere wichtige Kontroll- und Aufsichtsfunktionen den staatlichen Behörden der Bundesländer übertragen worden, während die Unfallverhütung am Arbeitsplatz eine der zentralen Aufgaben der Arbeitgeber sowie der gesetzlichen Unfallversicherung ist. In keinem anderen Präventionssektor sind die verhältnispräventiven Ansätze so umfassend verankert.

In vielen anderen Präventionsbereichen dominiert eine Sicht, die für gesundheitsriskante Verhaltensweisen allein die Individuen, die sie ausüben, verantwortlich macht, frei nach der Devise „Jeder ist seines Glückes Schmied“, und damit verkennt, wie beispielsweise gesetzliche Rahmenbedingungen entscheidende Weichenstellungen für mehr Gesundheit vorantreiben können. Punktuelle Interventionen in Einzelprojekte, befristete Förderstrategien für unzählige Modelle guter Praxis, die nie in Routinen übergehen, obwohl sie effektiv arbeiten, stellen dagegen eher eine symbolische Politikstrategie dar. Auch die Fülle von Selbstverpflichtungen unterschiedlicher Akteure, zum Beispiel im Rahmen von nationalen Aktionsplänen oder auch bei der Erarbeitung von Gesundheitszielen, ist kein Ersatz für klare gesetzliche, verhältnispräventive Regelungen.

Deutschland war in Bezug auf solche Regelungen zum Beispiel in der Tabak- oder Alkoholprävention auf europäischer Ebene bislang eher bremsend als innovativ aktiv. Welche Form von Verhältnis- und Verhaltensprävention als staatliche Aufgabe akzeptiert wird, hängt von der gesellschaftlichen Verankerung des jeweiligen Gesundheitsrisikos ab. Die (gesundheitlichen) Freiheiten des Einzelnen sind immer gesellschaftlich definiert. Allerdings erfolgt dieser gesellschaftliche Definitionsprozess unter massiver Einflussnahme von Lobbyisten, „Informationskampagnen“ der Wirtschaft und gezielter Medienarbeit mit Ergebnissen von industriefreundlicher Auftragsforschung. Deutschland ist bei der Umsetzung verhältnispräventiver Maßnahmen, angefangen von Werbeverbote für Zigaretten und Alkohol bis hin zu verständlichen und verbraucherfreundlichen Deklarationspflichten für gesundheitsschädliche Produkte im europäischen Vergleich bislang national und international eher zurückhaltend bis bremsend aufgetreten. Die Erfolge im Bereich der Besteuerung von Tabakprodukten, der Werbeverbote und der Konsumeinschränkungen im öffentlichen Raum könnten aber auf andere Bereiche übertragen werden. Bei der Besteuerung von Alkoholika ist keine Systematik zu erkennen. Eine progressive Besteuerung nach dem Alkoholanteil der einzelnen Produkte und Werbeverbote wären zumindest ein Schritt in die richtige Richtung.

Der Handlungsauftrag an die Krankenkassen in Paragraph 1 des SGB V benennt ausdrücklich auch, dass sie „auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken“ haben; er könnte auch im Sinne von mehr Einmischung in präventionspolitische Fragestellungen verstanden werden. Die Leistungsausgaben der Krankenkassen spiegeln in vielen Bereichen ja auch die Folgen von zu wenig effektiver Prävention wieder. Das Engagement in diesen eher grundsätzlichen Fragen geht aber in Fragen der Ausgestaltung einzelner Leistungen und einem bunten Strauß rein einzelkassenbezogener Präventionsaktivitäten vollständig unter. Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ernst zu nehmen, würde aber auch bedeuten,

solche gesamtgesellschaftlichen Fragestellungen in den Blick zu nehmen und sich anhand von vorhandenen Daten (zum Beispiel zu den Leistungsausgaben aufgrund von Alkohol-erkrankungen) stärker in gesundheitspolitische Debatten einzumischen.

Literatur

Altgeld T, Windel I (2011): Gesund Leben Lernen – Ein Beitrag für mehr Chancengleichheit und Lebensqualität in niedersächsischen Schulen. *Prävention*, Jg. 34, Heft 4, 116–118

Altgeld T (2011): Finanzierung der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Köln: zvbv, 79–83

Altgeld T (2010): „Schon wieder ein Netzwerk?“ – Wann nutzt und wann schadet Netzwerkarbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention? *Stadtunkte*, Heft 1, 5–7

Altgeld T (2004): Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren – Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der Regiestelle E&C. Berlin

Antonovsky A (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag

Bengel J, Meinders-Lücking F, Rottmann N (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu Psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.) (2011): Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2010. Berlin

Franzkowiak P (2011): Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). *Leitbegriffe*

der Gesundheitsförderung und Prävention – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln, 137–156

GKV-Spitzenverband (2010): Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin

Gordon RS (1983): An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, Jg. 83, Heft 98 (3), 107–109

Kaluza G (1997): Was schützt Gesundheit? Psychosoziale Protektivfaktoren der Gesundheit. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Jg. 97, Heft 10, 1024–1028

Kliche T, Deu A, Ewald E et al. (2007): Gesundheitswirkungen und Prävention: Verfahrensentwicklung zur Evaluation von Maßnahmen der GKV nach § 20 SGB V – Wirkungen Schulischer Gesundheitsförderung: Eine Wirkungsabschätzung der Setting-Interventionen im Projekt „gesund leben lernen“. (unveröffentlichtes Manuskript)

Kolip P, Müller V (2009): Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (Kurzfassung). Berlin

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Kurzfassung). Berlin

Schwartz FW, Badura B, Busse R et al. (Hrsg.) (2003): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Wien, Baltimore: Urban & Fischer

Walter U (2003): Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Hannover: unveröffentlichtes Manuskript

DER AUTOR



Thomas Altgeld, Jahrgang 1963, Diplom-Psychologe, ist Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (www.gesundheit-nds.de), einem landes- und bundesweit tätigen Kompetenzzentrum für Prävention, Gesundheitsförderung und Sozialmedizin. Arbeitsschwerpunkte: Systemische Organisationsentwicklung und -beratung,

gesundheitliche Chancengleichheit, Männergesundheit. Herausgeber der Zeitschrift zur Gesundheitsförderung „impulse“, Vorstandmitglied der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. in Bonn, Vorstandsmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e. V. in Bonn, sowie Leiter der Arbeitsgruppe 7 „Gesund aufwachsen“ von gesundheitsziele.de