

Hochschule Neubrandenburg  
Fachbereich Gesundheit und Pflege  
Studiengang Gesundheitswissenschaften

**PRIMÄRPRÄVENTION IN DEUTSCHLAND-  
EINE KRITISCHE ANALYSE**

**B a c h e l o r a r b e i t**

zur

Erlangung des akademischen Grades

**Bachelor of public health and administration**

Vorgelegt von: Frauke Kupfernagel

Erstkorrektorin: Prof. Dr. Gabriele Claßen

Zweitkorrektor: Prof. Dr. Willi Neumann

Tag der Einreichung: 01. August 2008

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2008-0214-6



*„Prävention und Gesundheitsförderung gelten weltweit als die einzigen Versorgungsformen, mit denen die moderne Geißel der Menschheit, die chronisch- degenerativen oder „Zivilisationskrankheiten“ ursächlich, flächendeckend und zu vertretbaren Kosten bekämpft werden können. [...] [Nur] mit ihrer Hilfe [kann] in den alternden und durch zunehmend riskante Lebensumstände gekennzeichneten Gesellschaften der Gegenwart [...], Gesundheit als volkswirtschaftlich, sozial- und versorgungspolitisch unverzichtbares Massengut hergestellt und aufrechterhalten werden [...].“*

*(Schnabel, 2007, S. 11)*



## Inhaltsverzeichnis

---

<b>INHALTSVERZEICHNIS.....</b>	<b>II</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>V</b>
<b>1. EINLEITUNG .....</b>	<b>6</b>
<b>2. ZIELSETZUNG UND VORGEHENSWEISE.....</b>	<b>7</b>
<b>3. HINTERGRUNDANALYSE .....</b>	<b>8</b>
3.1 DEMOGRAFISCHER WANDEL IN DEUTSCHLAND UND SEINE FOLGEN.....	8
3.1.1 <i>Bevölkerungsentwicklung bis 2050.....</i>	8
3.1.2 <i>Sozioökonomischer Status und der Einfluss auf die Gesundheits- chancen .</i>	10
3.1.3 <i>Folgen für das deutsche Gesundheitssystem- insbesondere für die GKV.....</i>	11
3.2 ABGRENZUNG PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	13
3.3 RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN UND ÖFFENTLICHE EINRICHTUNGEN.....	17
3.3.1 <i>Prävention im Sozialrecht, insbesondere in der GKV .....</i>	17
3.3.2 <i>Veränderungen für Prävention und Gesundheitsförderung durch die Gesundheitsreform 2007 (Wettbewerbsstärkungsgesetz) .....</i>	19
<b>4. POTENTIALE DER PRÄVENTION .....</b>	<b>23</b>
4.1 POTENTIALE DER AKTUELLEN INTERVENTIONSFORMEN UND STRATEGIEN IN DER PRIMÄRPRÄVENTION .....	23
4.2 POTENTIALE DER PRIMÄRPRÄVENTION AUS SICHT DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN- LEITFADEN PRÄVENTION.....	25
4.3 PRIMÄRPRÄVENTION DURCH MEDIZINISCHE LEISTUNGEN.....	26
<b>5. HAUPTDEFIZITE DER AKTUELLEN PRÄVENTIONSPOLITIK - KRITERIEN EINER WIRKSAMEN PRÄVENTIONSPOLITIK.....</b>	<b>29</b>
5.1 TENDENZEN DER AKTUELLEN GESUNDHEITSPOLITIK .....	29
5.2 KRITERIEN EINER AUF GESUNDHEIT ZIELENDE FÖRDERUNGSPOLITIK.....	30



<b>6. ENGAGEMENT DER KRANKENKASSEN IN DER PRÄVENTION.....</b>	<b>33</b>
6.1 ZIELE UND MOTIVATION DES KRANKENKASSENHANDELNS VERSUS HEMMENDE BEDINGUNGEN .....	33
6.2 SCHNITTSTELLENPROBLEMATIK.....	37
<b>7. MÖGLICHKEITEN FÜR DIE ENTWICKLUNG NACHHALTIGER PRÄVENTION.....</b>	<b>42</b>
7.1 PRÄVENTION ALS GEMEINSCHAFTSAUFGABE .....	42
7.2 PRÄVENTIONSGESETZ.....	43
<b>8. FAZIT .....</b>	<b>46</b>
<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>48</b>
<b>INTERNETQUELLEN .....</b>	<b>53</b>

## **EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG**



## Abbildungsverzeichnis

---

<b>Abbildung 1: Demografische Entwicklung in Deutschland 2005 und 2050.....</b>	<b>8</b>
<b>Abbildung 2: Jugend-, Alten- und Gesamtquotient mit den Altersgrenzen 20 und 65 Jahren.....</b>	<b>9</b>
<b>Abbildung 3: Gesundheitspotentiale ausschöpfen.....</b>	<b>15</b>
<b>Abbildung 4: Wesentliche gesundheitsbezogene Bereiche mit präventiven rechtli- chen Regelungen im SGB auf der Länderebene.....</b>	<b>38</b>
<b>Abbildung 5: Anteile der Ausgabenträger an den Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz 2002.....</b>	<b>41</b>
<b>Abbildung 6: Einrichtungen und Strukturen der Prävention und Gesund- heitsförderung auf Bundes-, Landes-, und kommunaler Ebene.....</b>	<b>45</b>



## 1. Einleitung

---

Betrachtet man das Gesundheitssystem in Deutschland, so lassen sich zahlreiche Defizite feststellen. Besonders im Zusammenhang mit der demografischen und der sozioökonomischen Entwicklung sind die Auswirkungen der dramatischen Zunahme der Multimorbidität brisant und stellen das Gesundheitssystem vor eine große Herausforderung.

Abhilfe wird gefordert. Besondere Aufmerksamkeit wird vor allem den Gesundheitsökonomern geschenkt und die Hoffnung ist groß, dass eine passende Lösung gefunden wird. Auch politisch ist die Diskussion um die Zukunft des deutschen Sozialsystems entbrannt. Immer wieder taucht in diesem Zusammenhang die Frage nach alternativen Mitteln auf. Hier spielt die Prävention und besonders die Primärprävention eine große Rolle. Dabei wird die Prävention als ergänzende vierte Säule neben Therapie, Rehabilitation und Pflege gefordert. Ein entsprechendes Präventionsgesetz scheiterte jedoch kürzlich. Trotzdem: mit Hilfe der Prävention sollen Kosten gesenkt und das 'kranke Gesundheitssystem Deutschland wieder gesund werden' und eine Antwort auf die vielfältigen finanziellen, medizinischen und humanitären Probleme gefunden werden (vgl. Fleckenstein, 2006, S.9). Doch kann die Prävention, speziell die Primärprävention so etwas leisten, oder muss man sich von Idealvorstellungen distanzieren? Wie ist die Haltung der Vorsorgepolitik und ist das System in Deutschland überhaupt dafür geschaffen, die Prävention zu fördern? Oder ist bei den Hauptakteuren kein Anreiz dafür gegeben, diesen Sektor weiter auszubauen?

Die sich zuspitzende Situation, die Gesundheitsreform 2007 und die stetige Diskussion um ein Präventionsgesetz geben Anlass sich kritisch mit der Prävention in Deutschland auseinander zu setzen. Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht dabei die Primärprävention. Zunächst erfolgt eine Darstellung der Hintergründe, gefolgt von den möglichen Potentialen der Prävention. Dieser Vorstellung folgen anschließend eine Betrachtung der Präventionspolitik und das unter anderem daraus entstehende Engagement der Krankenkassen in der Primärprävention. Abschließend werden zwei Möglichkeiten für die Entwicklung einer nachhaltigen Präventionsgestaltung in Deutschland aufgezeigt.

## 2. Zielsetzung und Vorgehensweise

---

Die prognostizierte Entwicklung der Problemlage im deutschen Gesundheitssystem fordert ein Umdenken in der Gesundheitspolitik. Primärprävention wird zunehmend in den Mittelpunkt der Diskussionen rücken.

Ziel der Arbeit ist es, die aktuellen Umstände der Primärprävention und Gesundheitsförderung zu analysieren und die Anreize der aktuellen Akteure unter den gegebenen Umständen zu untersuchen. Anhand dieser Darstellung sollen die eigentlichen Potentiale der Primärprävention und der Gesundheitsförderung aufgezeigt werden

Für die Recherche diente die Hochschulbibliothek Neubrandenburg und primär der Verbundkatalog, um über Fernleihe passende und neue Literatur zu finden. Im Anschluss daran standen Fachzeitschriften im Zentrum der Suche. Neben den vorhandenen Exemplaren der Hochschulbibliothek Neubrandenburg dehnte sich die Suche vor allem auf das Internet aus. Besonders die Fachseite [www.Dimdi.de](http://www.Dimdi.de) bot die Möglichkeit zahlreiche Datenbanken zu durchsuchen. Hier handelte es sich unter anderen um: Medline, Biosis Preview, DAHTA- Datenbank, Deutsches Ärzteblatt, Embase Alert, Springer Verlagsdatenbank, Thieme Verlagsdatenbank, gms und gms meeting sowie Krause und Pachernegg Verlagsdatenbank. Dies unterstützte die Recherche nach aktuellen Themen, die sonst in der Literatur noch wenig diskutiert wurden. Verwendete Stichworte für die Literatursuche waren:

- Prävention
- Gesundheitsförderung
- Primärprävention
- Präventionsgesetz
- Schnittstellenproblematik
- Potentiale der Prävention

In Ergänzung dazu bot die BZgA passende Ausarbeitungen. Gleichzeitig ergaben sich nützliche Tipps für aktuelle Präventionsseiten Deutschland. Ebenso bot auch das Robert Koch Institut hilfreiche Materialien an und auch das Bundesamt für gesundheitliche Berichterstattung eignete sich für die Quellensuche. Zusätzlich gaben die zahlreichen Literaturlisten im Internet wie auch Zeitschriften und Bücher neue Hinweise auf interessante Literatur. Der Fokus wurde dabei neuere Literatur gelegt, um den Stand der aktuellen Diskussion zu erfassen. Als geeignete, neutrale Grundlage dienten zudem die Ausarbeitungen des Sachverständigenrates vom Jahr 2000 bis 2007.

### 3. Hintergrundanalyse

---

#### 3.1 Demografischer Wandel in Deutschland und seine Folgen

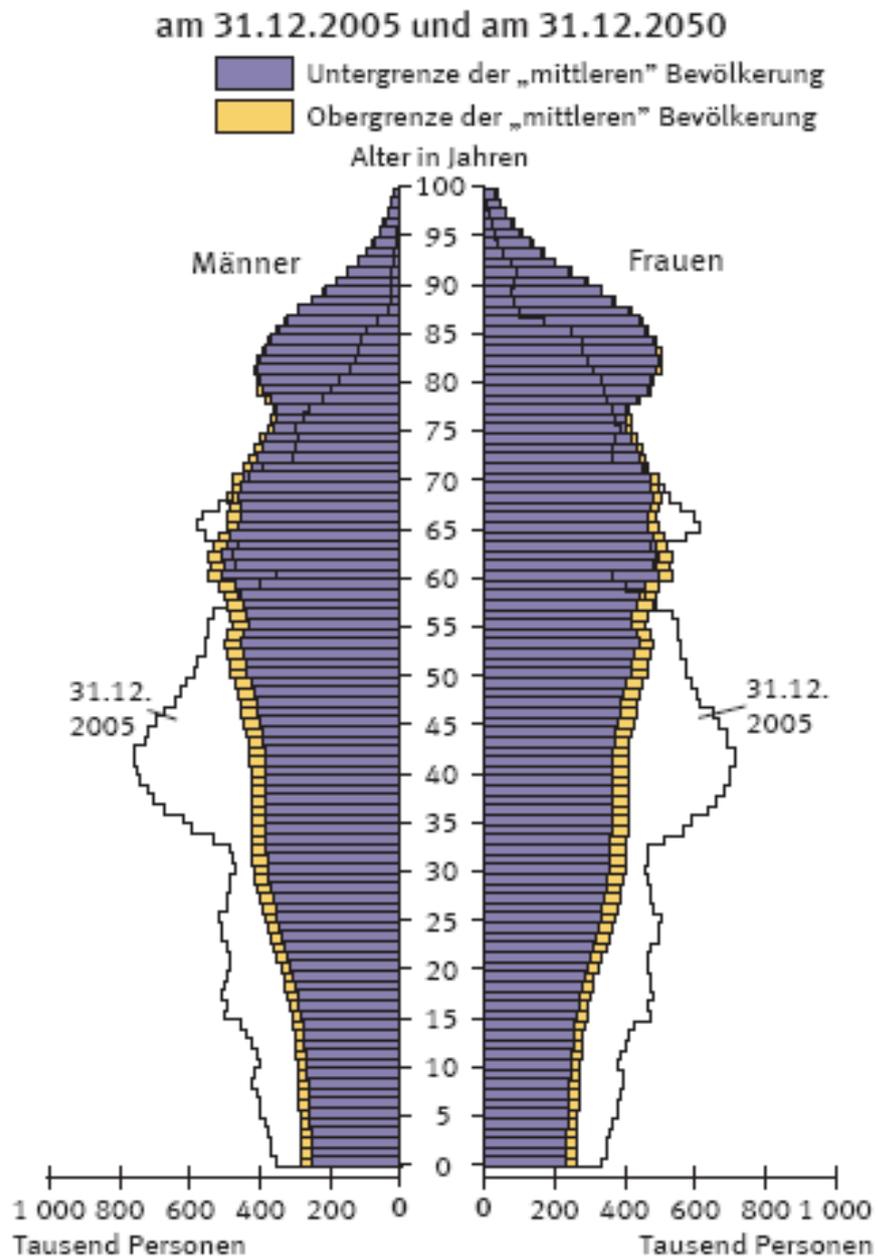
##### 3.1.1 Bevölkerungsentwicklung bis 2050

Die Bevölkerungsstruktur in Deutschland wird sich bis zum Jahr 2050 drastisch verändern. Doch bereits in wenigen Jahren werden die ersten Auswirkungen spürbar sein und sie sind nicht umkehrbar, denn Sterberate, Geburtenrate und Nettozuwanderung sind nicht stark genug um dieser Entwicklung entgegenzuwirken (vgl. Ulrich, 2003, S. 1f). Die Einwohnerzahl wird von 82,5 Millionen (2005) auf 74 bis 69 Millionen Menschen im Jahr 2050 sinken (vgl. Statistisches Bundesamt, 2006, S. 5). Andere Quellen sprechen sogar von einem Rückgang auf 65 Millionen (vgl. Ulrich, 2003, S.1). Diese Entwicklung wird zum einen durch rückläufige Geburtenraten und zum anderen durch die gesteigerte Lebenserwartung bedingt, dem so genannten doppelten Alterungsprozess. Mit sinkenden Geburtenzahlen ist auch die Anzahl der potentiellen Mütter degressiv. Bereits heute ist die Anzahl der Mädchen geringer als die ihrer Mütter. Setzt sich dieser Trend fort und haben diese Mädchen weniger als 2,1 Kinder, so sinken die Kinderzahlen kontinuierlich weiter. (vgl. Statistisches Bundesamt, 2006, S. 5)

Deutschlandweit kann seit 130 Jahren eine Zunahme der Lebenserwartung und eine Abnahme der Sterblichkeit beobachtet werden. Waren es zunächst vor allem die Verbesserungen im hygienischen, wohnlichen, medizinischen und Ernährungsbereich, so sind es heute und in Zukunft vor allem die verbesserte soziale und medizinische Versorgung, die diese Entwicklung bedingten. Für die Männer wird ein Zuwachs um 7,6 auf 83,5 Jahre und für die Frauen ein Anstieg um 6,5 auf 88,0 Jahre prognostiziert. (vgl. Statistisches Bundesamt, 2006, S. 5)

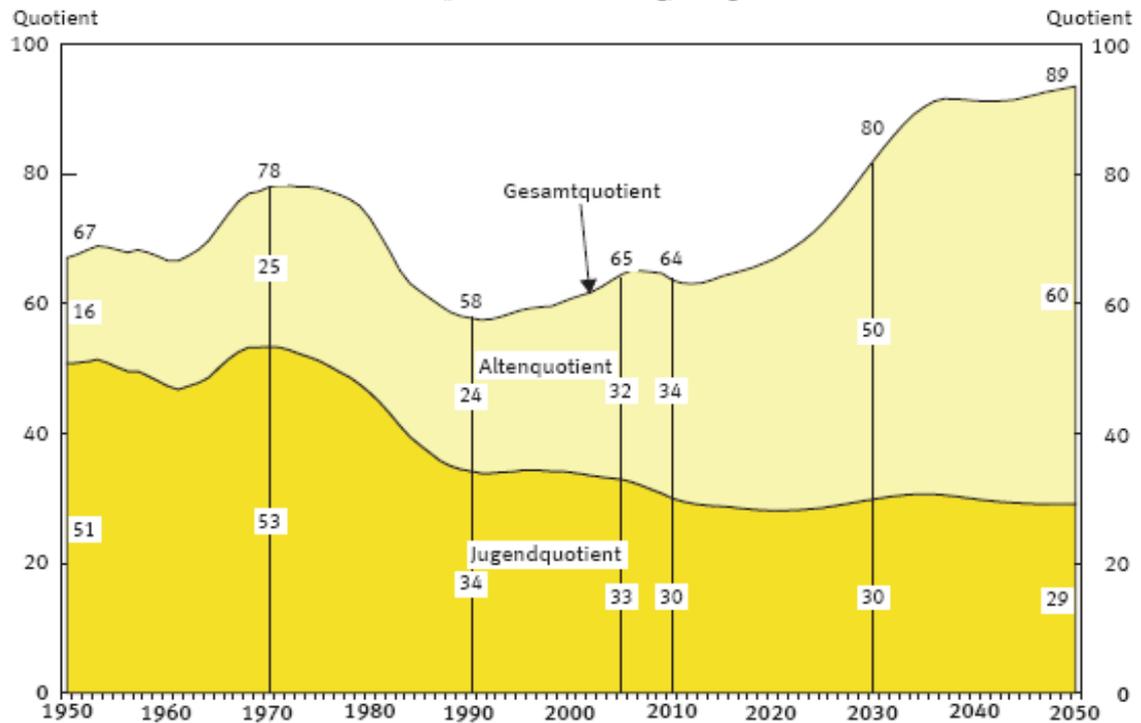
Das Verhältnis zwischen Alt und Jung unterliegt bei dieser Entwicklung enormen Veränderungen. Im Jahr 2005 waren noch 20% der Bevölkerung unter 20 Jahre, 19% 65 Jahre und älter und damit 61% im erwerbsfähigen Alter. 2050 werden nur noch circa 50% im erwerbsfähigen Alter sein und 30% der über 65 Jährigen stehen demzufolge nur 15% der Bevölkerung gegenüber, die jünger als 20 Jahre sind. (vgl. Statistisches Bundesamt, 2006, S. 5) Diese Entwicklung zeigt sich auch bei der Betrachtung der Bevölkerungspyramide. Während zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch ein klassischer Bevölkerungspilz mit einem starken Anteil der unteren, jungen Altersklassen zu verzeichnen ist und einem geringen Teil an älterer Bevölkerung, so kehrt sich dieses Verhältnis bis zum Jahr 2050 um (Abbildung 1). (vgl. Ulrich, 2003, S. 2) Besonders deutlich schlägt sich diese Veränderung beim Altersquotienten nieder. Auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter entfielen 2005 'nur' 32 ältere Personen. In 30 bis 40 Jahren wird sich dieser Altersquotient auf 60-64

Ältere pro 100 Personen im Erwerbsalter steigern und verdoppelt sich damit (Abbildung 2). (vgl. Statistisches Bundesamt, 2006, S. 6)



**Abbildung 1:** Demografische Entwicklung in Deutschland 2005 und 2050, Statistisches Bundesamt, 2006, S. 16

Jugend-, Alten- und Gesamtquotient mit den Altersgrenzen 20 und 65 Jahren<sup>1)</sup>  
Ab 2006 Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung  
Variante: „mittlere“ Bevölkerung, Obergrenze



1) Jugendquotient: unter 20-Jährige je 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren; Altenquotient: 65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren; Gesamtquotient: unter 20-Jährige und ab 65-Jährige je 100 Personen im Alter von 20 bis 65 Jahren.

**Abbildung 2:** Jugend-, Alten- und Gesamtquotient mit den Altersgrenzen 20 und 65 Jahren  
Statistisches Bundesamt, 2006, S. 24

### 3.1.2 Sozioökonomischer Status und der Einfluss auf die Gesundheitschancen

Der Zugewinn an Gesundheit ist ungleich aber beständig verteilt und die Bedeutung von sozial bedingten unterschiedlichen Gesundheitschancen nimmt zu. Angehörige der untersten Schicht haben im Schnitt ein doppelt so hohes Risiko schwer zu erkranken und frühzeitig zu sterben als Menschen der obersten Schicht. (vgl. Mielck, 1994 in Rosenbrock, 2002, S. 6) Die Benachteiligung durch geringe Bildung, niedriges Einkommen, schlechte Arbeitsbedingungen und Wohnverhältnisse, fehlende Integration und mangelnde Möglichkeiten der Regeneration steht in enger Beziehung und gegenseitigem Einfluss mit dem Risikoverhalten. Dazu gehören Ernährung, Raucherverhalten, Alkoholkonsum, Bewegung und Umgang mit Stress (vgl. Altgeld et. al., 2006, S. 11). Als Beispiel lässt sich die Bildung als Merkmal der vertikalen sozialen Ungleichheit nennen. Hier ergibt sich ein statistischer Unterschied von dreieinhalb Jahren Lebenserwartung bei Männern und Frauen allein durch den Unterschied Abitur/kein Abitur (vgl. Mielck, 2000 in Rosenbrock, 2003, S. 7). Außerdem verbringen, bei einer Teilung der Bevölkerung in fünf Teile, An-



gehörige des untersten Fünftels fünf bis sieben Jahre mehr mit Behinderungen durch degenerative chronische Krankheiten, als Personen des obersten Fünftels (vgl. Rosenbrock in Volker/Walter, 2007, S. 714). Die gesundheitliche Ungleichheit ist dabei ein Problem, dass sich entlang der gesellschaftlichen Hierarchie erstreckt und kann damit nur teilweise auf ein durch die soziale Lage riskanteres Gesundheitsverhalten zurückgeführt werden (vgl. Rosenbrock, 2002, S. 7). Im Zusammenhang mit den beiden größten Ursachen der ungleichen Gesundheitschancen, erstens stärker ausgeprägter Gesundheitsbelastung von Geburt an bedingt durch die schlechteren Lebensbedingungen und zweitens riskanteres Gesundheitsverhalten, wird oft von der so genannten Armutspirale gesprochen. Die Folge ist, dass fast alle Krankheiten häufiger auftreten bei Menschen mit sozialer oder geschlechtsbedingter Benachteiligung, als bei besser gestellten. (vgl. Mielck, 2000 in Rosenbrock, 2003, S. 7)

Der sozioökonomische Status und sein Einfluss auf die Gesundheit kann hier im Rahmen der Hintergrundanalyse nur exemplarisch angeführt werden um das Problemspektrum abzubilden und bietet perspektivisch Anlass zur detaillierten Betrachtung, wird aber in den folgenden Abschnitten weiter aufgegriffen.

### **3.1.3 Folgen für das deutsche Gesundheitssystem- insbesondere für die GKV**

Neben dem demografischen Wandel bewirkt der medizinisch technische Fortschritt eine veränderte Nachfrage nach Gesundheitsgütern. Neue Entwicklungen führen zumeist auch zu Kostensteigerungen in fast allen Altersgruppen. Dabei bedingen sich die beiden Einflussfaktoren gegenseitig und führen zu einem Anstieg der Gesundheitsausgaben. Demgegenüber steht die Meinung, dass Innovationen oft auch zu Kosteneinsparungen geführt haben und zum anderen durch Managed Care und Disease Management eine Eindämmung erreicht werden kann (vgl. Ulrich, 2003, S. 12f). Für die Krankenkassen ist aufgrund der Umlagefinanzierung eine stabile Bevölkerung von großer Bedeutung. Bei der prognostizierten Entwicklung wird deutlich, dass bei gegebenen Umständen eine demografisch bedingte Lastenverschiebung zu Ungunsten der nachfolgenden Generationen erfolgt. (vgl. Ulrich, 2003, S. 12f)

Es entstehen Auswirkungen auf der Einnahmeseite der GKV durch den demografischen Finanzierungseffekt. Da die Beiträge der Rentner signifikant unter denen der Erwerbstätigen liegen, führt dies zu einer stärkeren finanziellen Belastung der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Wenn die Beitragszahlung weiterhin an ein Arbeitsverhältnis geknüpft ist, so wird das unabdingbar die Beiträge nach oben treiben (vgl. Ulrich, 2003, S. 7f).

Volker Ulrich nennt folgende Einflussfaktoren, welche „[...]den Rückgang des Beitragssatzaufkommens determinieren und die der engen ceteris paribus- Betrachtung Grenzen ziehen:

- *Erwerbsquote*
- *Lohnniveau*
- *Lohnquote*
- *Ausbildungsdauer*
- *Rentenhöhe*
- *Renteneintrittsalter*“

Ulrich, 2003, S. 8

Unklar jedoch sind die Auswirkungen auf der Ausgabenseite der Krankenkassen. Das heißt, es gibt unterschiedliche Theorien ob und in wie weit die Gesundheitsausgaben durchschnittlich mit höherem Alter ansteigen.

**Status- quo- These:** Es werden, bei konstantem Fortschritt die heutigen Ausgaben der spezifischen Altersgruppe auf die prognostizierte Altersverteilung der Bevölkerung berechnet. (Troschke./ Mühlbacher, 2005, S. 114)

**Medikalisierungs- These:** Sie geht von einem überproportionalen Anstieg der Ausgaben im Gesundheitswesen aus, verursacht durch die Morbidität, insbesondere die Altersmorbidität. Im Mittelpunkt der Betrachtung steht die Wechselwirkung zwischen der höheren Lebenserwartung und dem medizinisch- technischen Fortschritt, welche zu einer längeren und gesteigerten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen. (vgl. Krämer, 1996 in Ulrich, 2003, S. 10)

**Kompressions- These:** Die Ausgabenunterschiede zwischen alten und jungen Menschen entstehen durch den unterschiedlichen zeitlichen Abstand zum Tod und sind nicht auf das Lebensalter der Menschen zurückzuführen (vgl. Troschke/ Mühlbacher, 2005, S.115). Der medizinische Fortschritt bewirkt eine geringere Morbidität und die zusätzlichen Lebensjahre sind gesünder, so dass die gleichen oder sogar geringeren Kosten nur später entstehen (vgl. Ulrich, 2003, S.10).

**Bi- modaler Ansatz:** Hier handelt es sich um eine Kombination der Kompressions- und Medikalisierungsthese . Auf der einen Seite wird davon ausgegangen, dass der gesundheitliche Zustand kommender Generationen sich verbessert (insbesondere die Oberschicht betreffend) und auf der anderen Seite der Teil der Pflegebedürftigen und der Kranken steigt (insbesondere die Unterschicht betreffend) (vgl. Ulrich, 2003, S.11f).

Fest steht, dass mit steigendem Alter mehr Ausgaben für das Gesundheitssystem entstehen und auch der medizinisch- technische Fortschritt zumindest kurz- und mittelfristig zunehmende Kosten verursacht. Zudem ist ein starker Anstieg chronisch kranker Personen und Multimorbidität zu verzeichnen, wobei der Verlauf meist degenerativ ist. Diese machen circa drei Viertel des heutigen Krankheits- und Sterbegeschehens aus. Zu den meist lebenslang zu begleitenden

Erkrankungen gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes Typ 2, bösartige Neubildungen, chronische Muskel- und Skeletterkrankungen und psychisch manifeste Erkrankungen. (vgl. Altgeld et al., 2006, S. 10) Die Folge ist eine enorme Konzentration der Versorgungskosten. Genau bedeutet das, dass etwa 80% der Kosten für die Krankenversorgung der GKV für 20% der Versicherten aufgewendet werden (vgl. Rosenbrock in Volker/Walter, 2007, S. 713).

Doch gerade bei der Vermeidung und Reduzierung dieser Krankheitsbilder kommt der Prävention und Gesundheitsförderung eine besondere Bedeutung zu, denn der Verlauf wird vor allem durch individuelle Lebensführung und gesellschaftliche und physische Belastungen der Umwelt beeinflusst. (vgl. Deutscher Bundestag, 2002, SVR in Ulrich, 2003, S.11 und Rosenbrock 2002, S. 7)

*„Mit diesen Eckpunkten- Dominanz chronischer, medizinisch nicht heilbarer, aber grundsätzlich weitgehend prävenierbarer Erkrankungen in einer alternden Gesellschaft, sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen aufgrund ungleicher Verteilung von Belastungen und Ressourcen- ist das Feld der Prävention abgesteckt.“ (Rosenbrock, 2002, S. 8)*

### 3.2 Abgrenzung Prävention und Gesundheitsförderung

Für die weitere Betrachtung ist es hilfreich die häufig als synonym verstandenen Begriffe `Prävention` und `Gesundheitsförderung` zu definieren und Berührungspunkte herauszuarbeiten.

**Krankheitsprävention**, oft nur noch verkürzt verwendet als Prävention, wurde im Paradigma der Sozialmedizin im 19. Jahrhundert aus der Auseinandersetzung mit sozialer Hygiene und Volksgesundheit entwickelt. Wesentliches Ziel ist es, die Mortalität und Morbidität der Bevölkerung positiv zu beeinflussen, indem das Auftreten von Krankheiten reduziert wird. Die eng an Medizin- und Biowissenschaften orientierte Strategie zielt darauf ab, Krankheitsauslöser zu verdrängen oder ganz zu eliminieren. (vgl. Hurrelmann et al., 2007, S.11)

Eng verbunden sind hier die Begriffe Verhütung, Frühbehandlung und Vermeidung des Fortschreitens einer Krankheit.

*„Prävention hat gestufte Ziele: durch spezifische Eingriffe von außen bzw. durch Selbsttätigkeit der Adressaten soll eine gesundheitliche Schädigung verhindert, weniger wahrscheinlich gemacht oder verzögert werden.“ (BzGA, 2006, S.179)*

Aufgrund dieser unterschiedlichen Zeitausrichtungen kann man eine Einteilung in Primäre, Sekundäre und Tertiäre Prävention vornehmen.



Die Primäre Prävention setzt vor einer biologischen Schädigung ein und dient der

„[...] generelle[n] Vermeidung auslösender oder vorhandener Teilursachen (darunter: Risikofaktoren) bestimmter Erkrankungen oder ihre individuelle Erkennung und Beeinflussung.“ (SVR, Band I, 2001, S. 71)

Damit ergibt sich als politisches Gesundheitsziel der primären Prävention die Senkung der Inzidenzrate. Die Sekundäre Prävention umfasst die Diagnose einer Krankheit im Frühstadium, auch wenn diese noch symptomlos ist, deren frühzeitige Therapie und damit die Senkung der Inzidenzraten manifester oder fortgeschrittener Krankheiten. (vgl. SVR, Band I, 2001, S. 71) Mit der Tertiären Prävention sollen symptomatisch gewordene Krankheiten behandelt und der aus ihnen resultierende Schaden gering gehalten werden. Gesundheitspolitisch stehen hier die Rehabilitation und damit die Wiederherstellung sowie die Erhaltung der Leistungsfähigkeit an erster Stelle. (vgl. Schwartz u. Walter, 1998 in SVR, Band I, 2001) Wann eine Intervention angesetzt wird, hängt davon ab, wie stark `Risikofaktoren` ausgeprägt sind, die als Ursache für eine Erkrankung gesehen werden (vgl. Hurrelmann et al., 2007, S. 12).

Nach der Methodik lassen sich die drei Ansätze- medizinische Prävention, Verhaltensprävention und Verhältnisprävention- in der Prävention charakterisieren (vgl. BZgA, 2006, S. 179).

**Gesundheitsförderung** als Begriff steht das erste Mal im Zentrum der Diskussionen nach der Konferenz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1986 für Gesundheitsförderung in Ottawa (Kanada). Mit der Ausarbeitung der Ottawa- Charta zur Gesundheitsförderung wurde das noch heute gültige Grundsatz- und Leitdokument entwickelt. (vgl. BZgA, 2006, S. 73) Das Konzept der Gesundheitsförderung ist salutogenetisch ausgerichtet, das heißt es bezieht Konzepte ein, die sich mit der Entstehung von Gesundheit auseinandersetzen und greift neben bevölkerungsmedizinischen auch ökonomische, kulturelle, politische sowie soziale Impulse auf und ist somit eng verbunden mit Gesellschafts- und Kulturwissenschaften. (vgl. Hurrelmann, 2007, S. 11) Von zentraler Bedeutung ist die Selbstbestimmung der Menschen über ihre Gesundheit und damit die Verbesserung dieser. Der Schwerpunkt liegt auf der gesundheitlichen und sozialen Ungleichheit und der Herstellung einer Chancengleichheit bezüglich der Gesundheit in allen gesellschaftlichen Ebenen (vgl. BZgA, 2006, S. 73). In der Gesundheitsförderung wird ebenfalls auf die Stärkung von Gesundheitsressourcen und Potentialen gesetzt und die Ottawa- Charta beschreibt die vorrangigen Handlungsfelder- und -ebenen. Sie soll eine *gesundheitsfördernde Gesamtpolitik* schaffen, welche die Gesundheit auf allen Ebenen und Politikbereichen zum Bestandteil der Tagesordnung macht. Zudem soll die *Entwicklung von persönlichen Kompetenzen* durch Information, spezialisierte Bildung, sowie verbesserte soziale Fähigkeiten unterstützt werden. Daran schließt sich das dritte Handlungsfeld, *gesundheitsfördernde Lebenswelten*, an. Hier stehen sowohl Arbeitswelt- und Lebensbedingungen als auch natürliche und soziale Umwelt im

Zentrum der Betrachtung. Im engen Zusammenhang steht dabei das Ziel *Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen* durch Selbsthilfeaktivitäten, Unterstützung von Nachbarschaften etc. zu fördern, um eigene Gesundheitsbelange durch Autonomie, Selbstbestimmung und Kontrolle zu bewältigen. Um diese Prozesse zu unterstützen ist es notwendig, die *Gesundheitsdienste neu zu orientieren*. Eine Orientierung an einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen impliziert die Förderung der Gesundheit über die herkömmlichen medizinisch- kurativen Betreuungsleistungen hinaus und erfordert die Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen sozialen, ökonomischen politischen Institutionen. Es zeigt sich, dass das Konzept der Gesundheitsförderung der WHO ein Mehrebenenmodell ist, welches auf Politik, Gemeinwesen, Institutionen, Gruppen und Individuen ausgerichtet ist. (vgl. BZgA, 2006, S. 74f; SVR, Band I, 2001, S.72)

Aus der Darstellung der beiden Begriffe lässt sich erkennen, dass eine Abgrenzung nur teilweise möglich ist. Auch die WHO selbst gibt keine eindeutige Definition der Gesundheitsförderung. Vor allem die trendartige inflationäre Verwendung des Begriffes, oft auch für präventive Maßnahmen, hat ihren Teil zur Verwirrung beigetragen. Doch wie ist nun das Verhältnis der Prävention zur Gesundheitsförderung?

Während die Prävention vor allem pathogene Risiken und Krankheiten vermeiden möchte und sich dabei an Theorien der Krankheitsentstehung orientiert, ist die Gesundheitsförderung, wie bereits erwähnt, salutogenetisch ausgerichtet und analysiert Determinanten der Gesundheit (vgl. BZgA, 2006, S. 104). Während also in der Prävention Risikofaktoren zurückgedrängt und eliminiert werden sollen, gilt es in der Gesundheitsförderung Ressourcen zu erkennen und Schutzfaktoren zu fördern (vgl. Hurrelmann et al., 2007, S. 12ff). Abbildung 3 zeigt die Einteilung in salutogene und pathogene Orientierung nach Noack. Sie integriert außerdem die Ansatzmöglichkeit der Prävention an Verhalten und Verhältnissen und stellt zugleich die Unterschiede zwischen Gesundheitsförderung und Verhältnisprävention dar. Beide setzen an sozioökonomischen Determinanten an, aber die Gesundheitsförderung zeichnet sich durch ihre Konzentration auf salutogene Ressourcen aus.

Zielebene	Risiken reduzieren	Ressourcen aufbauen
Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermeidung gesundheitsrisikanter Lebensweisen</li> <li>• Verzicht auf risikoreiches Bewältigungsverhalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wahl gesundheitsfördernder Lebensweisen</li> <li>• Erlernen gesundheitsgerechter Bewältigungsformen</li> </ul>
Verhältnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verringerung gesundheitsschädigender Umwelteinflüsse</li> <li>• Abbau sozialer Konflikte und Belastungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schaffung einer gesunden Lebens- und Arbeitswelt</li> <li>• Aufbau gesundheitsfördernder Institutionen und sozialer Netzwerke</li> </ul>

**Abbildung 3:** Gesundheitspotentiale ausschöpfen;  
Noack 1990, sinngemäß zit. nach Trojan/ Legewie 2001, 37 in BZgA, 2006, S. 106

Beide Konzepte haben gemeinsam, dass sie auf der Basis der Wahrscheinlichkeitslogik fußen. Das bedeutet, dass keine exakte Aussage für oder gegen das Eintreten eines Ereignisses getroffen werden kann und beispielsweise eine Intervention nicht immer zum Abbau der Krankheitslast führen muss. Zudem haben beide Konzepte das Ziel, Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und Krankheiten verhindern, tun dies aber auf unterschiedliche Weise. Dabei ist die Gesundheitsförderung thematisch breiter angelegt. (vgl. Rosenbrock, 2007, S. 12; Hurrelmann et al., 2007, S. 14) Klaus Hurrelmann et al. vertreten aus diesen Gründen die Meinung, dass eine deutliche Abgrenzung der beiden Interventionsformen nicht fördernd ist und sie vielmehr als sich ergänzend angesehen werden müssen. Sie betonen, dass die Wahl der einen oder anderen Form, je nach Erfolgsversprechen, vor allem von der Ausgangslage abhängt. (vgl. 2007, S. 14)

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verweist bei dem Versuch der Definition und Einordnung auf ein engeres und weiteres Verständnis.

*„**Weite“ Definitionen** [Hervorhebung durch Verfasser] verstehen Gesundheitsförderung als Globalziel, als Ober- und Sammelbegriff für alle nicht-therapeutischen Aktivitäten zur Verbesserung der Gesundheit- präventive und rehabilitative Maßnahmen inbegriffen.“ (BZgA, 2006, S.105)*

*„Die **„engeren“ Definitionen** [Hervorhebung durch Verfasser] heben meist unter Bezugnahme auf die Ottawa-Charta das Neue und Andersartige des Gesundheitsförderungs- Ansatzes hervor [...].“ (BZgA, 2006, S.105)*

Hierzu zählen die bereits angebrachten Argumente zur Unterscheidung der beiden Terminologien und Abbildung 3. Ein weiterer Einordnungsversuch benennt die Prävention und präventive Gesundheitspolitik als Oberbegriffe, denen die Gesundheitsförderung als Teilstrategie untergeordnet ist. (vgl. BZgA, 2006, S.105)

Darstellung, Abgrenzung und Einordnung von Prävention und Gesundheitsförderung machen deutlich, dass oftmals eine Kombination beider Ansätze sinnvoll ist. Der Sachverständigenrat hat in seinem Bericht 2001 deutlich gemacht, dass sie als „[...] ergänzende Herangehensweisen zur Risiko- und damit Inzidenz- Absenkung betrachtet werden [sollte].“ (SVR, Band 1, 2001, S. 73) Prävention im Sinne des § 20 SGB V soll Krankheiten vermeiden und Gesundheit verbessern und impliziert bei der Entwicklung von Strategien immer die Einbeziehung beider Perspektiven. Die Frage sollte daher lauten: „[...] Welche Belastungen können im Hinblick auf Krankheitsvermeidung gesenkt werden und welche Ressourcen können gestärkt werden?“ (SVR, 2001, S. 73)



Im Rahmen dieser Arbeit wird davon ausgegangen, dass Prävention und Gesundheitsförderung einen Überschneidungsbereich haben und eine strikte Abgrenzung nicht förderlich ist. Dies bestätigt sich auch im SGB V § 20 Abs. 1 S. 2. Denn hier heißt es: „[...] Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern [...].“ (SGB V, § 20 Abs. 1 S.2)

### 3.3 Rechtliche Rahmenbedingungen und öffentliche Einrichtungen

#### 3.3.1 Prävention im Sozialrecht, insbesondere in der GKV

Mit der Erkenntnis, dass kurative Maßnahmen alleine nicht ausreichen, um die veränderten Krankheitsbilder zu beherrschen, entwickelte sich bereits Ende der 70ziger und 80ziger Jahre eine Bewegung, die Prävention und Gesundheitsförderung zunehmend förderte. So gestalteten erste Krankenkassen eigene Programme. (vgl. Eberle in Stöckel/ Walter, 2002, S. 237) 1971 wird die Früherkennung von Krankheiten Teil der vertragsärztlichen Versorgung. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherungen vom 21.12.1979 wird erstmals der Anspruch von Versicherten auf diese in der Reichsversicherungsordnung festgelegt. (vgl. Mosebach et al. in Hurrelmann, 2007, S. 348) Nicht zuletzt wurde diese Entwicklung durch die Ottawa- Charta im Jahr 1986 verstärkt. Bestandteil des Leistungskataloges der GKV wurden Krankheitsverhütung (Primärprävention) und Gesundheitsförderung erstmalig am 1. Januar 1989 mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) in der Amtszeit des Arbeits- und Sozialministers Norbert Blüm. Zu den Ergänzungen gehörten ebenso die zahnmedizinische Prophylaxe und Krankheitsverhütung (§§ 21/22 SGB V) sowie der Auftrag der Früherkennung von Herz- Kreislauf-, Nierenerkrankungen und Diabetes ab dem 35. Lebensjahr (§25 SBB V). (vgl. Mosebach et al. in Hurrelmann, 2007, S. 348) Die Manifestierung im § 20 des V. Sozialgesetzbuches (SGB) gilt bis heute als wichtiger Teil des Aufschwungs im Bereich der primären Prävention, da mit ihr auch ein Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik einherging. Diese Entwicklung konnte jedoch nicht verhindern, dass 1996 unter dem Bundesminister für Gesundheit Horst Seehofer mit dem Gesetz zur Entlastung der Beiträge der GKV die Leistungen bis auf die betriebliche Gesundheitsförderung komplett gestrichen wurden und

*„[...] nur noch die Möglichkeit verblieben [war in diesem Bereich] Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen zu gewinnen [...] und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung [...] darüber zu unterrichten.“ (Eberle in Stöckel/ Walter, 2002, S. 240)*



Erst mit der Gesundheitsreform 2000 (vor allem § 20 SGB V) erhielten die Krankenkassen wieder Handlungsspielraum in der Primärprävention und Gesundheitsförderung zurück, wenn auch in begrenzter Form, das heißt einer Budgetierung. Diese lag 2007 bei 2,73 Euro und soll, laut § 20 Absatz 2 SGB V, im Folgejahr analog zur Veränderung des Durchschnittsentgeltes der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr steigen. (vgl. Eberle in Stöckel/Walter, 2002, S. 237ff und Mosebach et al., 2007, S. 48 )

*„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“ (S. 1§ 1 SGB V).* Damit ist die Verbesserung der Gesundheit gleichberechtigt mit kurativen Maßnahmen und im weiteren Verlauf werden auch die Versicherten als verantwortlich für ihre Gesundheit eingestuft, sowie die Krankenkassen aufgefordert, bereits vor Eintritt einer Krankheit ihre Klienten aufzuklären, zu beraten und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken. (vgl. § 1 SGB V)

Im Dritten Abschnitt des dritten Kapitels, §§20- 24 SGB V werden die krankheitsverhütenden, präventions- und gesundheitsfördernden Leistungen sowie Selbsthilfeleistungen geregelt. Der vierte Abschnitt, §§ 25/26, widmet sich der Früherkennung von Krankheiten.

Von besonderer Bedeutung ist die Neuformulierung des Paragraphen 20 SGB V. Hier findet gleichzeitig die Heraushebung des Risikofaktors sozial bedingte Ungleichheit und damit verbundene unterschiedliche Gesundheitschancen statt.

*„Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen [...] [und] Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“ (§ 20 Absatz 1 SGB V)*

Für diesen Bereich und die betriebliche Gesundheitsförderung sind die Spitzenverbände der Krankenkassen beauftragt, zusammen mit einem unabhängigen Sachverständigen Handlungsfelder und Kennzeichen für Leistungen zu entwickeln. Dazu gehört ebenso das Ermitteln des Bedarfs, der Zielgruppen, Zugangswege und Inhalte sowie Methodik. (vgl. § 20 Absatz 1 SGB V) Das Ergebnis stellt der „Leitfaden Prävention- Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V“ dar. Dieser erschien in korrigierter Auflage am 15. Juni 2006 und erneut im Jahr 2008. Er unterliegt der kontinuierlichen Anpassung neuer Erkenntnisse und in der Praxis gewonnener Erfahrungen. Für die Primärprävention wird die Gesundheitsförderung im Setting- Ansatz vor allem für Schulen und Kommunen/Stadtteil bestimmt. Für die individuellen Handlungsfelder stehen Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Suchtmittelkonsum im Mittelpunkt. Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung liegt die Konzentration der Spitzenverbände auf ar-



beitsbedingter körperlicher Belastung, Betriebsverpflegung, Psychosozialer Belastung und Suchtmittelkonsum. (vgl. Leitfaden Prävention, 2006, S. 3-6)

Ebenfalls neu verfasst und ergänzt (§ 20c SGB V) wurde die Verpflichtung der Krankenkassen, Selbsthilfegruppen- und Kontaktstellen die der Prävention und Rehabilitation von Versicherten dienen, mit 0,55 Euro (2006) zu finanzieren und diese entsprechend § 18 Absatz 1 SGB IV anzupassen (analog der bereits benannten Förderung von Primärprävention und Gesundheitsförderung). (vgl. SVR, 2001, S. 79)

Neben der Gesetzlichen Krankenversicherung sind alle Rehabilitationsträger (§ 3 SGB IX) die Unfallversicherung (§§ 14ff. SGB VII) und der öffentliche Gesundheitsdienst, sowie Gemeinden an der Prävention beteiligt. (vgl. Welti, 2007, S. 3) Doch die Thematik der Schnittstellen zwischen den einzelnen Leistungsträgern soll im Laufe der Arbeit noch genauer betrachtet werden.

### **3.3.2 Veränderungen für Prävention und Gesundheitsförderung durch die Gesundheitsreform 2007 (Wettbewerbsstärkungsgesetz)**

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt die Entwicklung des SGB V im Laufe der Reformen dargestellt wurde, werden im folgenden die wichtigsten Veränderungen im Zuge der letzten großen Reform, dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV- WSG), untersucht. Nach einem kurzen Überblick über die grundlegenden Aussagen werden vor allem die Veränderungen für die Prävention und Gesundheitsförderung im Mittelpunkt stehen.

Nach den Neuwahlen im Jahr 2005 kam es unter der großen Koalition von CDU/CSU und der SPD noch im selben Jahr zu politischen Diskussionen um das Gesundheitssystem in Deutschland. Doch die unterschiedlichen Vorstellungen der beiden Parteien führten dazu, dass es erst im Jahr 2007 zu einer Einigung kam. Während die CDU/ CSU eine Gesundheitspauschale, festgeschriebene Arbeitgeberbeiträge und die Erhaltung des privaten Krankenversicherungssystem favorisierte, betrachtete die SPD eine Bürgerversicherung mit Einbeziehung der privat Kassenversicherten, einkommensabhängige Beiträge mit paritätischer Finanzierung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, sowie die Ausdehnung der Beitragspflicht auf Kapitalvermögenseinkünfte für vorteilhafter. Zum 01.April.2007 trat schließlich das GKV- WSG in Kraft und enthielt den Kompromiss der beiden Koalitionspartner: den 'Gesundheitsfond'. In Zukunft (ab 01.Januar 2009) werden die Versicherten über ihre Krankenkasse ihren von der Kassenart unabhängigen und gleichen, vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) festgelegten, Beitragssatz an den Gesundheitsfond zahlen und von dort erfolgt die Zuteilung an die Krankenkassen, die daraus

ihre Ausgaben finanzieren. Zusätzlich wird der Gesundheitsfond durch einen Bundeszuschuss unterstützt und schrittweise auf bis zu 14 Mrd. Euro erhöht. Sollte eine Krankenkasse mit den gegebenen Mitteln nicht auskommen, so ist ihr die Möglichkeit gegeben, einen Zusatzbeitrag zu erheben (nur von den Mitgliedern, nicht den Arbeitgebern), beziehungsweise im umgekehrten Fall eine Ausschüttung zu leisten. (vgl. Orłowski/Wasem, 2007, S. 1-3 und Simon, 2008, S.60)

Im Zuge der Strukturreform (§ 217 a-f SGB V) kommt es zu einer Herabstufung der Bundesvereinigungen der Krankenkassen zu Gesellschaften des bürgerlichen Rechts und zur Gründung eines „Spitzenverband Bund“ dem die einzelnen Krankenkassen angehören (bis 01. Juli 2008). Dieser wird die Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts haben und alle Kassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung vertreten. Gleichzeitig haben die Krankenkassen seit 1. April 2007 die Möglichkeit kassenartenübergreifend zu fusionieren. (vgl. Simon, 2008, S. 60f)

Um einen weiteren Anstieg der nicht versicherten Personen in Deutschland zu vermeiden, wird bis zum 01. Januar 2009 eine allgemeine Versicherungspflicht eingeführt (§ 5 SGB V). Weitere grundlegende Veränderungen betreffen die Privaten Krankenversicherungen (PKV), die verpflichtet werden, einen Basistarif anzubieten, in den jegliche Personen aufzunehmen sind, die nicht in die Gruppe der Versicherungspflichtigen der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) gehören (§ 257 Abs. 2a SGB V). Zudem wird der Wechsel von GKV zu PKV erschwert (§ 6 Abs. 4 SGB V), die ambulante vertragsärztliche Versorgung verändert, indem die Budgetierung abgeschafft, eine regionale Euro- Gebührenordnung mit fester Vergütung eingeführt und die Gesamtvergütung an der Morbiditätslast orientiert wird (§ 85a SGB V) sowie der Zugang der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung bei spezialisierten Leistungen erleichtert wird (§ 116b Abs. 2 SGB V). Das GKV- WSG sieht außerdem die Fortsetzung der gesonderten Förderung der integrierten Versorgung bis zum 31. Dezember 2008 vor und lässt seit dem 01. April 2007 Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen als Vertragspartner für diese zu (§ 140 Abs. 1 SGB V und § 92b SGB XI). (vgl. Simon, 2008, S. 61f)

Im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung entstehen vor allem im Bereich der Früherkennungsuntersuchungen und Wahltarife Veränderungen. Doch auch durch die geplante Erweiterung des Risikostrukturausgleichs (RSA) können unter Umständen Konsequenzen entstehen.

**Erweiterung des RSA:** Der Risikostrukturausgleich soll um die wichtige Komponente 'Morbidität' ergänzt werden. Das bedeutet, die spezifischen Morbiditätslasten der verschiedenen Krankenkassen, die auf Grund des unterschiedlichen Versichertenklientels entstehen, werden in Zukunft in die Berechnung einbezogen. Zudem werden in der bevorstehenden Erweiterung des RSA auch Satzungs-, Mehrleistungen und Ausgaben der Verwaltung berücksichtigt

und es kommt daher zur Stärkung des Solidarausgleichs, da die Umverteilung bundesweit erfolgen wird (vgl. Gerlinger et. al., 2007, S. 11).

**Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen:** Im § 25 SGB V wird festgelegt, dass Versicherte ab der Vollendung des 35. Lebensjahres einen Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen im Zweijahresrhythmus, insbesondere für Herz- Kreislauf- Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Diabetes, haben. Sollten chronisch erkrankte Personen, die nach dem 01. April 1987 (Frauen) beziehungsweise 01. April 1962 (Männer) geboren wurden an einer Krebsart erkranken, für die es in der GKV eine Früherkennungsuntersuchung gibt, und sie diese seit dem 01. Januar 2008 nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben, dann findet nicht die normale Belastungsgrenze für chronisch Kranke von 1% Anwendung, sondern beträgt Zwei von Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Gleiches gilt für chronisch Erkrankte Menschen, die nach dem 01. April 1972 geboren sind und die angebotenen Gesundheitsuntersuchungen nicht wahrnehmen. Deutlich zeigt sich, dass hier in der Prävention (Primäre, Sekundäre und Tertiäre) vor allem finanzielle Anreize die Compliance der Versicherten, insbesondere der Menschen mit chronischen Leiden, beeinflussen sollen. Allerdings ist eine Aufhebung dieser Regelung möglich, in dem die betroffenen Versicherten an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen. (vgl. § 25 SGB V und Orłowski/Wasem, 2007, S. 22f)

**Paragraph 20 SGB V:** Im Zuge des GKV- WSG kommt es zur Aufspaltung des § 20, damit zur Neusystematisierung des Rechtes zur Krankheitsverhütung und partiell zu dessen Weiterentwicklung. Mit dem § 20a und b wird die betriebliche Gesundheitsförderung, welche bis zur Reform eine Wahlleistung war, als Pflichtaufgabe deklariert und legt fest, dass eine Kooperation mit allen Akteuren, das heißt Versicherten, Leitenden der Betriebe und den zuständigen Unfallversicherungen, stattzufinden hat. Gleichzeitig wird durch den § 20c die Förderung von Selbsthilfegruppen weiter ausgedehnt. Mindestens 50% der Mittel für kassenartenübergreifende Gemeinschaftsaufgaben sind für diesen Bereich zu verwenden. Dies entspricht für das Jahr 2006 einer Summe von 0,55 Euro pro Versicherten. (vgl. § 20c SGB V und Orłowski/Wasem, 2007, S. 24f)

Eine weitere Neuerung, welche die Prävention betrifft, entsteht durch die Verpflichtung der Krankenkassen, Schutzimpfungen anzubieten und für die Versicherten zu finanzieren. Dabei ist, soweit nicht durch den gemeinsamen Bundesausschuss eine abweichende Regelung getroffen wird, den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert- Koch- Institutes Folge zu leisten. (vgl. § 20d SGB V und Orłowski/Wasem, 2007, S. 24f)

**Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen:** Zwar findet in diesem Bereich nur eine geringe Erweiterung der Leistungen statt, doch zeigt diese eine positive Entwicklung an. Mütter-, Väter-, Mutter-Kind-, und Vater- Kind- Kuren werden nicht länger als „Kann- Leistung“



beschrieben, sondern werden zu zwingenden Regelleistungen (§§ 24; 41 SGB V). Gleiches gilt für ambulante Rehabilitationsleistungen und die mobile Rehabilitation (§ 40 Abs. 1 SGB V), sowie stationäre Rehabilitationsleistungen (§ 40 Abs. 2 SGB V). (vgl. Orłowski/Wasem, 2007, S. 25)

**Wahltarife:** Im Bereich der Wahltarife kam es zu einer eindeutigen Ausweitung wodurch die Freiheit der Versicherten gestärkt werden soll und eine Verlagerung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen beabsichtigt wird. Es lassen sich grundsätzlich zwei Arten unterscheiden. Die erste Gruppe der Wahltarife, so genannten `versorgungsbezogenen` Wahltarife, sind seit dem 01. April 2007 verpflichtend von den Krankenkassen anzubieten. Versicherte, die an besonderen Versorgungsprogrammen wie integrierter Versorgung, strukturierte Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke und hausarztzentrierter Versorgung teilnehmen, sind Wahltarife mit der Option von Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen vorzuschlagen. Hier ist es im Gegensatz zur folgenden Gruppe möglich, dass Personen, deren Beiträge vollständig von Dritten übernommen werden, daran teilnehmen. (vgl. Gerlinger et. al., 2007, S. 23f)

Die zweite Gruppe der Wahltarife hat einen `monetären Charakter` und setzt vor allem finanzielle Anreize für die Versicherten. Die Essenz dieser Tarife ist, dass die Nicht-Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen belohnt wird oder Teile der finanziellen Belastungen von den Versicherten übernommen werden, welche durch Prämienzahlungen entsprechend honoriert werden. Elemente sind hierbei Selbstbehalttarife, Tarife für das nicht-in-Anspruchnehmen von Leistungen, sowie Kostenerstattungstarife, die veränderlich sind. Allgemein entsteht bei der Inanspruchnahme dieser Wahltarife eine Bindefrist des Versicherten von drei Jahren an ihre Krankenkasse. (vgl. Gerlinger et. al., 2007, S. 20ff)

Für beide Wahltarife gilt allgemein die Pflicht der Selbstfinanzierung, was bedeutet, dass die Tarife ausschließlich durch die Reduzierung der Ausgaben und/oder durch die Erlöse getragen werden dürfen und damit eine Quersubventionierung keine Option darstellt (vgl. Gerlinger et. al., 2007, S. 20ff).

Als Grundlage für die folgenden Ausführungen soll dieser Einblick in die neusten Entwicklungen im Deutschen Gesundheitssystem genügen. Eine detaillierte Betrachtung der Folgen der einzelnen vorgestellten Elemente, wird im Verlauf der Arbeit stattfinden. Einen ausführlichen Überblick zum Wettbewerbsstärkungsgesetz bietet das Buch „Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG)“ von Orłowski und Wasem 2007 (siehe Literaturverzeichnis).

## 4. Potentiale der Prävention

---

### 4.1 Potentiale der aktuellen Interventionsformen und Strategien in der Primärprävention

Der folgende Teil soll die Chancen der aktuellen Strategien aufzeigen und die Potentiale und Handlungsfelder darstellen, die durch die Wissenschaftler in ihnen gesehen werden. Gleichzeitig gilt es, mögliche bisher zu wenig beachtete Interventionsfelder, zu benennen.

Die Entwicklung im Bereich der Gesundheitsförderung zeigt seit der Verabschiedung der Ottawa Charta eine zunehmende Dynamik. Aktuell sind es vor allem vier Innovationen, welche charakteristisch sind. Mit der Berücksichtigung der folgenden Elemente besteht die Möglichkeit die Chancen der Gesundheitsförderung zu nutzen.

**1. Belastungssenkung und Ressourcenförderung:** Das heißt, dass vor allem die Belastungsfähigkeit verstärkt werden soll und gesundheitliche Ressourcen, wie beispielsweise Selbstbewusstsein, Information und soziale Netzwerke, vermehrt werden müssen. (vgl. Rosenbrock, 2007, S. 717f)

**2. Aufwertung unspezifischer Interventionen:** Hier zeigt sich, dass mit Hilfe einer Maßnahme „[...] Beiträge zur Senkung der Inzidenz mehrerer und verschiedener Krankheiten erzielt werden können.“ (Rosenbrock, 2007, S. 718)

**3. Priorität für Kontextbeeinflussung** (Verhältnisänderung): Die Chance, dass vor allem bei sozial Benachteiligten eine erfolgreiche Intervention durchgeführt wird steigt, wenn eine Beeinflussung im Verhaltenskontext stattfindet (vgl. Rosenbrock, 2007, S. 718f).

**4. Priorität für Partizipation:** Der Erfolg wächst insbesondere bei bildungsschwachen Bevölkerungsgruppen stark, wenn die Angebote mit ihrem alltägliche Umfeld verknüpft sind und Erlerntes im eigenen Umfeld ausprobiert werden kann (vgl. Rosenbrock, 2007, S. 719).

Vor dem Hintergrund der Zunahme an degenerativen chronischen Erkrankungen, welche das heutige Krankheitsgeschehen maßgeblich prägen und dem wachsenden Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung, ist es die Aufgabe der Prävention, die Morbidität zeitlich zu verlagern und zu stabilisieren. Zudem sollen alle Bevölkerungsschichten erreicht werden und der Focus vor allem auf den sozial benachteiligten Personengruppen liegen. Prävention hat also, wenn geeignete Methoden angewandt werden, so der Kontext der Wissenschaftler, die Möglichkeit, Multimorbidität zu verringern und sozial bedingt ungleiche Gesundheitschancen auszugleichen. Doch welche Methoden sind nach dem aktuellen Stand der Gesundheitswissenschaften geeignet und welche Potentiale werden in ihnen gesehen? Gibt es Bereiche, in denen die Potentiale noch nicht erkannt wurden?

Gegenwärtig sind es die Konzepte der Verhaltens- und Verhältnisprävention, welche als Interventionsformen und Strategien in der Primärprävention und Gesundheitsförderung angewendet werden.

**Verhaltensprävention** zielt darauf ab, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen zu beeinflussen. Diese initiierte Veränderung kann zum einen darauf abzielen gesundheitsförderliches Verhalten wie gesunde Ernährung, körperliche Ertüchtigung und geschützten Geschlechtsverkehr zu festigen bzw. anzuregen und zum anderen gesundheitsschädigendes Verhalten zu vermeiden und zu wandeln. Es handelt sich dabei um bidirektionale Kommunikation. Das bedeutet es werden massen- mit personalkommunikativen Methoden in der Gesundheitsaufklärung verknüpft. (vgl. BZgA, 2006, S. 238f) Der hohe Stellenwert dieser Methode ist darin begründet, dass das individuelle Verhaltens- und Konsummuster nachweislich maßgeblich die Entstehung und Entwicklung von chronischen Krankheiten beeinflusst. Daher werden vor allem Informati- on- und Bildungsmaßnahmen ergriffen (vgl. Rosenbrock/Michel, 2007, S. 6).

*„Verhältnisprävention steht für Strategien, die auf die Kontrolle, Reduzierung oder Beseitigung von Gesundheitsrisiken in den Umwelt- und Lebensbedingungen, auf die Verringerung oder Beseitigung von Krankheits- und Unfallursachen in den allgemeinen Lebens- Arbeits- und Umweltverhältnissen bzw. auf die Herstellung gesunder Verhältnisse abzielen.“ (BZgA, 2006, S. 239)*

Exemplarisch zu nennen sind in diesem Zusammenhang die betriebliche Gesundheitsförderung, öffentliche Tätigkeiten zur Verbesserung der Hygiene im Wohn- und Verkehrsbereich, sowie Handlungen im Bereich Bildung, Gesundheit, Städtebau, Umwelt etc. auf überregionaler bis internationaler Ebene (vgl. BZgA, 2006, S. 239). Da es keine Beschränkung auf den Bereich Gesundheit gibt, ist auch die Wahl der möglichen Instrumente groß.

Die beiden beschriebenen Interventionsformen stellen nach heutiger Auffassung in ihrer reinen Extremform keine geeignete Alternative dar. So würde die Verhältnisprävention lebensstilbezogene Aspekte ausschließen und die Verhaltensprävention keine Beziehung zu Entstehungs- und Kontextbedingungen herstellen. (vgl. Rosenbrock/Michel, 2007, S. 6) Aber Zwischenformen, wie „[...] , kontextorientierte Verhaltensmodifikation` bzw. ‚verhältnisgestützte Verhaltensprävention` [...] (Rosenbrock 1993 in Rosenbrock/Michel, 2007, S. 7) können geeignete Kombinationen bedeuten und besonders im Setting- Ansatz angewandt werden.

## 4.2 Potentiale der Primärprävention aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen- Leitfaden Prävention

Die gegenwärtige Situation und damit die Bereiche, in denen Primärprävention als besonders wirksam und notwendig anerkannt wird, spiegelt sich im 'Leitfaden Prävention' der Spitzenverbände der Krankenkassen wieder. Die darin verfassten Richtlinien sind zwingend, und Projekte, die nicht den beschriebenen Handlungsfeldern entsprechen, dürfen nicht gefördert werden. Als geeignete Interventionsebenen der Primärprävention werden primär das Individuum und das Setting, aber auch die Bevölkerung bestimmt. Besonderen Handlungsbedarf und Potentiale werden beim individuellen Ansatz im Bereich der *Ernährung* gesehen, speziell die Mangel- und Fehlernährung, sowie die Bekämpfung von Übergewicht stehen dabei im Focus. Des Weiteren sollen die *Bewegungsgewohnheiten* verändert werden. Anwendung finden hier vor allem verhaltens- und gesundheitsorientierte Programme, die darauf abzielen, Bewegungsmangel zu reduzieren und gesundheitlichen Risiken (besonders chronischen Erkrankungen) vorzubeugen. Durch das Erlernen von *Stressbewältigungsmethoden* sollen die individuellen Kompetenzen gestärkt, eine bessere Verarbeitung von Belastungen erreicht und schließlich stressbedingte Gesundheitsrisiken minimiert werden. Im Bereich des *Suchtmittelkonsums* stehen der Genuss von Zigaretten und Alkohol im Mittelpunkt. Nichtraucherprogramme und gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol sind dabei wichtige Elemente. Mit der Umsetzung dieser Ziele sollen sich langfristig positive Entwicklungen in den Bereichen der Herz- Kreislauf- Erkrankungen, Erkrankungen der Atemwege, Osteoporose und Stürze, Infektionskrankheiten, Harninkontinenz, psychischen Erkrankungen (insbesondere Demenz und Depression), Diabetes und dem erfolgreichen Altern erreichen lassen. (vgl. SVR, S. 94ff)

Für die Ebene des Settings werden im Bereich der Primärprävention lediglich die gesundheitsfördernde Schule und die Gesundheitsförderung in Stadtteilen und Kommunen betrachtet. Gerade im Bereich der Gemeinden gibt es Bedarf zum Ausbau der gesundheitsfördernden Aktivitäten. Dies wird auch durch den Leitfaden anerkannt, jedoch nicht weiter behandelt und vertieft. Daraus ergibt sich die Gefahr, dass Projekte vor allem auf altbewährte Felder ausgerichtet werden und Settings wie Kindergärten und Sportvereine an den Rand der Betrachtung geraten. Hier besteht also Bedarf genauer zu analysieren, welche Bereiche Potentiale der Primärprävention und Gesundheitsförderung aufzeigen, um diese zu nutzen. (vgl. Leitfaden, 2006, S. 1ff)

Besondere Aufmerksamkeit wird der betrieblichen Gesundheitsförderung gewidmet. Die wichtigsten Handlungsfelder sind *arbeitsbedingte körperliche Belastungen*, welche es gilt reduzieren. Des Weiteren ist die *betriebliche Verpflegung* so zu gestalten, dass eine gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung garantiert wird. Wichtiges Potential wird auch in der Vermittlung

von individuellen Stressbewältigungskonzepten gesehen, um die *psychosozialen Belastungen* zu reduzieren. Doch auch der *Suchtmittelkonsum*, insbesondere die Punktnüchternheit und die Reduktion des Rauchens sollen gefördert werden. (vgl. Leifaden, 2006, S.3ff)

### 4.3 Primärprävention durch medizinische Leistungen

**Die medizinischen Leistungen** sind eine weitere wichtige Komponente der Primärprävention. Insbesondere medizinische Vorsorgeleistungen und Schutzimpfungen sind in diesem Rahmen zu nennen. Im ambulanten und stationären Bereich geht es um die Versorgung mit Arznei-, Heil-, und Hilfsmitteln, welche geschwächte Personen vor einer möglichen Krankheit bewahren, gesundheitsschädigende Entwicklung von Kindern verhindern und Pflegebedürftigkeit vermeiden sollen. (vgl. Rosenbrock/Michel, 2007, S.12f) Doch gerade in diesem Bereich gibt ebenfalls noch viele Gebiete, in denen die Potentiale der Primärprävention noch nicht ausgeschöpft sind. Exemplarisch sollen hier Möglichkeiten im Bereich Impfungen und Prävention von Pflegebedürftigkeit aufgezeigt werden.

**Die Durchimpfungsrate** in Deutschland liegt im Vergleich zu anderen europäischen Staaten deutlich unter der von der WHO vorgegebenen Quote. Die STIKO (Ständige Impfkommission) verweist darauf, dass dies zur Wiederkehr von Epidemien führen kann. Besonders im Kindesalter gehören die Impfungen zu den bedeutendsten Vorbeugestrategien von Infektionskrankheiten. Da die meisten Impfungen nicht lebenslangen Schutz bieten, ergibt sich ebenfalls ein Handlungsbedarf im Erwachsenenalter, denn besonders hier lässt die Impfrate stark nach, da keine regelmäßige Überprüfung und Auffrischung stattfindet. Der SVR verweist aber eindringlich darauf, „[...] dass die Impfbeteiligung in Abhängigkeit von der sozialen Lage der Eltern und der Schulbildung der Kinder stark variiert.“ (SVR, 2001, S.86) Damit ist eine Konzentration gemäß der Vorgaben des SGB V § 20 auf diejenigen subjektiven und objektiven Merkmale wichtig, welche die soziale Lage berücksichtigen und Ungleichheit verringern. (vgl. SVR, 2001, S.83ff)

**Das Verhindern von Pflegebedürftigkeit** beziehungsweise die Alten und Hochbetagten werden bei den bisherigen Präventionsausrichtungen in den Hintergrund gedrängt. Im Mittelpunkt stehen vor allem Schwangere, Kinder und Jugendliche und teilweise die mittleren Altersgruppen. Dies war vor allem mit der Annahme begründet, dass bei alten Menschen die physiologischen und morphologischen Veränderungen nicht umkehrbar oder verhinderbar seien.

Doch aktuellere Erkenntnisse beweisen das Gegenteil und damit verweist der SVR darauf, dass

*„[...]von international maßgeblichen Präventionsforschern gerade die Prävention weit verbreiteter (chronischer) Beeinträchtigungen im Alter und damit die Kompression der Morbidität als der zentrale Ansatzpunkt für die zukünftige Gesundheit, Unabhängigkeit und Mobilität gesehen [wird].“ (SVR, 2001, S. 92)*

Als wichtige Interventionsfelder sind die Sturzprophylaxe, der Erhalt der Selbständigkeit im Alter und die Reduzierung von Kosten durch Vermeidung von unnötigen Behandlungen und Folgeuntersuchungen zu benennen. Aber auch der Umgang mit chronischen Krankheiten, die Medikation sowie die körperliche und geistige Fitness haben enormes Präventionspotential. (vgl. SVR, 2001, S. 92ff) In diesem Zusammenhang wird deutlich, wie wichtig es ist, neue Versorgungsstrukturen zu implementieren. Die integrierte Versorgung und das hausarztzentrierte Modell sind erste Formen. Doch bereits eine

*„[...] umfassende und konsumgerechte Information der Älteren sowohl zu altersbedingten Veränderungen, Gesundheitsrisiken, Krankheitsbildern bzw. Gesundheitsstörungen und Möglichkeiten ihre Vorbeugung, Kompensation im Alltag und Therapie als ein erster Schritt für die Gesundheitsförderung und Prävention [können viel bewirken].“ (SVR, 2001, S. 94)*

Fakt ist, dass auch wenn vielfach die Wirkmechanismen von einzelnen Interventionen und Innovationen nicht bekannt sind, sie doch großen Erfolg haben. Um eine Weiterentwicklung voranzutreiben, ist es wichtig diese Mechanismen zu erforschen und das bedeutet, laufende Projekte müssen nach dem aktuellen Qualitäts- und Wissenstand durchgeführt und evaluiert werden. (vgl. Rosenbrock, 2007, S. 719) Diese Thematik beschäftigt aktuell die wissenschaftliche Diskussion und es ist anzunehmen, dass die konsequente Umsetzung, an der es in der Praxis im Moment mangelt, zu wichtigen Erkenntnissen führen würde, welche die Wirksamkeit und damit die Potentiale der Primärprävention und Gesundheitsförderung noch erhöhen könnten. Doch gegenwärtig sind die Projekte zu sehr von der Finanzierung und der damit verbundenen Zeit- und Kontextausrichtung abhängig, als dass sie sich nach dem aktuellen Stand der Forschung und Evaluation richten könnten. Daher ist anzunehmen, dass die wirklichen Potentiale unter den gegebenen (politischen) Umständen nicht erreicht werden können. (vgl. Rosenbrock, 2007, S. 719)

Ein ebenso wichtiger Grund für die geringe Umsetzung von Primärprävention ist im Bereich der Ärzte zu sehen. Es ist festzustellen, dass oftmals eine kritische Haltung gegenüber der Wirksamkeit von primärpräventiven Maßnahmen zu erkennen ist. Als erschwerend wird aus Sicht der Ärzte angeführt, dass die Programme ständigen Veränderungen unterliegen und eine `bewährte` Vorgehensweise aufgrund neuester Erkenntnisse als mangelhaft erkannt wird.



Doch auch der Fakt, dass Hausärzte oftmals als „[...] *Experimentierfeld für präventive Modelle [verwendet wurden]*“ (SVR, 2001, S 108) hat dazu geführt, dass das Vertrauen in die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen beeinträchtigt ist. Des Weiteren ist festzustellen, dass wichtige Leitlinien der Prävention fehlen, welche an die vorherrschende Versorgungssituation angepasst sind. Gleichzeitig mangelt es an der Teilnahme an Weiterbildungsangeboten für Prävention. Da die Kompetenzen dadurch vielfach als gering eingeschätzt werden, ist auch die alltägliche Umsetzung dieser in den Praxen noch lange keine Selbstverständlichkeit. Eine Verbesserung der Situation und damit eine wirksame Umsetzung von gesundheitsfördernden Angeboten kann durch eine „[...] *systematisierte[n] Vorgehensweise bei präventiven Tätigkeiten, z.B. mit Hilfe von Risikoprofilen, Erinnerungsstützen oder speziellen Präventions- Dokumentationsbögen [...]*“ (SVR, 2001, S. 109) erreicht werden.

Auf der Seite der Patienten spielt ebenfalls die Skepsis bezüglich der Wirksamkeit eine enorme Rolle. Doch besonders wichtig sind die Informationsdefizite. Zusätzlich sind Faktoren, wie die soziale Unterstützung, die Einstellung des Arztes, der zeitliche Aufwand und mögliche Zuzahlungen an der Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme an einem Programm ausschlaggebend. Als eine Möglichkeit dies zu reduzieren wird auf die Chancen, die sich aus der Nutzung von neuesten Erkenntnissen über die Motivation von Patienten und deren langfristige Compliance ergeben, verwiesen. (vgl. SVR, 2001, S. 108f)

## 5. Hauptdefizite der aktuellen Präventionspolitik - Kriterien einer wirksamen Präventionspolitik

---

### 5.1 Tendenzen der aktuellen Gesundheitspolitik

Der Begriff Gesundheitspolitik wird häufig in unterschiedlichsten Kontexten verwendet. Traditionell wird davon ausgegangen, dass sich die Inhalte der Gesundheitspolitik vor allem aus der Politik, den Parteien und Verbänden und demzufolge aus deren Interessen ergeben. Das hat zu der Gleichsetzung von Gesundheitspolitik mit den GKV'en geführt. (vgl. Döhler/ Manow, 1997 in Mosebach et. al., 2007, S. 344) Doch dieser veralteten, auf kurative Medizin ausgerichteten Betrachtung steht die Public- Health- Sicht gegenüber. Diese geht weit über die Grenzen der GKV hinaus und orientiert sich dabei an der Definition der WHO, in der Gesundheit nicht nur als das Fehlen von Krankheit, sondern als körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden bezeichnet wird. (vgl. Mosebach et al., 2007, S. 344) Die folgende Definition macht deutlich, dass hier eine Ausrichtung auf Prävention und Gesundheitsförderung erreicht wird und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, über die Grenzen der GKV'en hinweg, verstanden wird.

**Gesundheitspolitik** befasst sich mit allen Maßnahmen, welche durch die vielfältigen Akteure des organisierten Gesundheitssystems auf die Gesundheit einzelner und/oder Gruppen gerichtet sind, mit dem Ziel diese zu verbessern, wiederherzustellen oder zu erhalten. Ebenso im Mittelpunkt der Bemühungen steht die Verbesserung der Lebensqualität, indem Einschränkungen durch Krankheiten verringert werden und damit die Optimierung der gesundheitlichen Verfassung der gesamten Bevölkerung bewirkt wird. (vgl. Mosemach et al., 2007, S. 344) „Gesundheitspolitik richtet sich damit auf einer evidenzbasierten Grundlage neu aus, zu der die Public-Health- Community vielfältig beitragen konnte.“ (Mosemach et al., 2007, S. 344)

**Die Hegemonie des Medizinsystems** ist aktuell einer der größten Hemmfaktoren von primärer Prävention. Die medizinische Prävention steht an erster Stelle im Vergleich zur sozialen Prävention. Insbesondere Risikofaktoren sollen durch Impfungen, Früherkennung und Medikamente erkannt und eliminiert werden. Die Sichtweise ist geprägt durch die starke Position der Mediziner und passt zu den Charakteristika der Marktgesellschaft (vgl. Rosenbrock 1997, S. 44) Durch die Gesellschaft verursachte Probleme, welche durch die Politik gelöst werden müssen, erhalten einen subjektiven Charakter, so dass sie durch Individuen als vermarktungsfähige Ware (z.B. Therapien, Kuren, Chirurgie etc.) nachgefragt werden können. (vgl. Rosenbrock in Altgeld et al., 1997, S. 43f)



*„Konzepte für Gesundheit haben erheblich bessere Realisierungschancen und mit weniger Kritik und Mißtrauen zu rechnen als populationsbezogene Projekte sozialer Prävention, weil sie sich in der Sprache des Systems, nämlich als Angebot von Waren, ausdrücken.“ (Rosenbrock in Altgeld et al., 1997, S. 44)*

Die Dominanz der Medizin gegenüber anderen Berufsgruppen aus dem Gesundheitssektor behindert massiv eine dringend notwendige Kooperation und bewirkt eine Medikalisierung von sozialen Problemen und wendet sich von den psychischen und sozialen Hintergründen einer Erkrankung ab (vgl. Rosenbrock/Gerlinger, 2004, S. 46).

**Die Ökonomisierung der Gesundheitspolitik** ist eine weitere Komponente. Das Sozialwesen in Deutschland unterliegt einem großen Wandel und es kommt immer mehr zur Individualisierung und der Betonung der Eigenverantwortung für die Gesundheit. Dies wird deutlich an der überwiegenden Zahl von verhaltensbezogenen Präventionsprojekten. Die wettbewerbliche Struktur des Gesundheitssystems wird verschärft und im Rahmen der Ökonomisierung ist es für Gesundheitsförderung und Primärprävention schwierig sich zu behaupten, da sie die gesamte Bevölkerung ansprechen und nicht die Individuen. (vgl. Ahrens, 2007, S. 45)

Mit den Gesundheitsreformen in den Jahren 2000 und 2007 sollten neue Anreize geschaffen werden, und die Primärprävention und Gesundheitsförderung stärker gefördert werden.

## 5.2 Kriterien einer auf Gesundheit zielenden Förderungspolitik

**Eine auf Gesundheit abzielende Gesundheitspolitik**, welche sich an der Ottawa-Charta der WHO orientiert, betrachtet Krankheit nicht nur unter dem Aspekt der seelischen und körperlichen Folgen, sondern unterscheidet zwischen objektiven Merkmalen, die körperlich und seelisch auftreten, subjektiven Merkmalen, welche sich durch empfundenes Leid äußern und offiziellen Elementen, das heißt, dass sie durch Experten anerkannt sind, aus. Eine erkrankte Person wird in ihrem eigenen Kontext unter Einbeziehung des individuellen Menschenbildes und dem Wissen, welches er/sie über den Hintergrund seiner/ ihrer Krankheit hat, behandelt. Ein wirksamer Weg der Vorbeugung kann nur erreicht werden, wenn der Klient dazu motiviert werden kann, alternative Lösungen zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben zu entwickeln. Dabei findet das Modell der Salutogenese von Aron Antonowsky seine Anwendung. Er benennt zum einen die Einflüsse der Umwelt, welche dazu führen, dass ungesunde Lebensweisen eher gefördert werden, da die realen Lebenswelten den Menschen dazu bringen, ihre Gesundheit zu riskieren. Die wichtigste Annahme ist jedoch, dass, um gesund zu sein und zu bleiben vor allem Ressourcen vorhanden sein müssen, welche gepflegt und vermehrt werden müs-

sen. Moderne Gesundheitsförderungspolitik befähigt das Individuum, selbständig ihre Bedürfnisse zu erkennen und für diese Verantwortung zu übernehmen. Das bedeutet auch, dass Methoden angewandt werden müssen, die nicht auf die Reduktion von Risiken abgestimmt sind, sondern vorrangig Ressourcen fördern. (vgl. Schnabel, 2007, S. 39ff) Dabei handelt es sich um eine gesamtpolitische Aufgabe, welche von den verschiedensten Akteuren getragen werden muss und den Kriterien der aktuellen Entwicklungen der Gesundheitsförderung entsprechen sollten.

Dazu zählen:

- *„Wirtschafts- und Sozialpolitik, darunter Arbeitsmarktpolitik,*
- *Bildungspolitik, darunter Schulpolitik,*
- *Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft,*
- *Verkehr, Bau- und Wohnungswesen,*
- *Umweltpolitik.“*

*Rosenbrock/ Michel, 2007, S. 1*

Eine Politik, die Gesundheitsförderung und Primärprävention in den Mittelpunkt rückt und die den genannten Kriterien entspricht, ist aktuell nicht zu erkennen. Vielmehr ist primär von einer Unterversorgung zu sprechen. Eine fördernde Gesundheitspolitik verschließt sich nicht den Forderungen nach Zielgruppenorientierung und legt den Focus auf sozial schwache und benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Zudem geht sie den schwierigeren, aber wirksamen Weg der Strategie, welche die

*„[...] strukturellen und sozialen Anreize, die riskantes Verhalten begünstigen, sowie die strukturellen und sozialen Voraussetzungen, die gesundes Verhalten begünstigen, als zu verändernde Gegebenheiten in die Planung und Durchführung von Präventionsstrategien einfließen [lassen].“ (Rosenbrock/ Gerlinger, 2004, S. 78)*

Gleichzeitig übernimmt die Gesundheitspolitik damit Verantwortung und verabschiedet sich von symbolhaften Interventionen, denn mit der Anerkennung der Veränderbarkeit ist es nicht mehr möglich, die Schuld demjenigen zuzuweisen, der sich nicht gesundheitsgerecht verhalten hat. (vgl. Rosenbrock/Gerlinger, 2004, S. 79)

Eine aktive und wirkungsvolle Präventionspolitik hat zur Aufgabe, fünf große Defizite der Gegenwart zu beheben. Zum eine geht es darum den noch neuen Politiktyp der Prävention zu etablieren. Dazu ist eine Systematisierung notwendig und vor allem bisher wenig beteiligte lokale und regionale Akteure müssen stärker integriert und überzeugt werden, sich den beschriebenen notwendigen sozialen und strukturellen Veränderungen zu stellen. Des weiteren gilt es die bisherigen Schwierigkeiten im Bereich der Evaluation zu mindern und Nutznachweise zu erstellen, die im Rahmen der wettbewerblichen Rahmenbedingungen und der damit verbundenen Verpflichtung zu Effektivität und Effizienz von wachsender Bedeutung sind. Dies schließt auch



die Verbesserung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement ein. Nur dadurch kann beispielsweise erreicht werden, dass Projekte, die oftmals eine Wirkung nur auf lange Frist erreichen, anerkannt werden und somit eine Chancengleichheit zwischen komplexen (langfristig, aber überwiegend wirksamer) und weniger komplexen (kurz- mittelfristig, oft weniger wirksam) Projekten geschaffen werden. (vgl. Rosenbrock/Gerlinger, 2004, S. 79f)

Ein weiterer Aspekt ist die genannte Ökonomisierung. Gepaart mit dem Wissen über die zukünftige Entwicklung in Deutschland, chronische Krankheiten, dem demografischen Wandel und die wachsende Schere zwischen arm und reich, ist es dringend notwendig, eine langfristige und nachhaltige Strategie in der Gesundheitspolitik einzuschlagen. Doch bisher ist die Einnahmen- und Ausgabenpolitik eher von Wahlperioden, kurzfristigem Denken und wirtschaftlichem Interesse geprägt gewesen und impliziert zudem eine starke Belastung zukünftiger Generationen. Eine Entwicklung ist der Grundsatz der Regierung „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“ mit dem Ziel, die Prävention als vierte Säule der gesundheitlichen Versorgung auszubauen. (vgl. URL 1, demografischer Wandel) Diese Überlegungen mündeten erstmalig in dem gescheiterten Präventionsgesetz. Fakt ist jedoch, dass Erfolge der Prävention bisher oftmals nur erreicht wurden, „[...] wenn sie gegen die Einseitige Durchsetzung von wirtschaftlichen Interessen [gerichtet waren].“ (Rosenbrock/ Gerlinger, 2004, S. 80) Das heißt auch, dass eine wirksame Präventionspolitik davon Abstand nimmt, gesamtgesellschaftliche Probleme in individuelle, durch Kaufkraft und Dienstleistungen zu befriedigende Bedürfnisse, zu verwandeln und damit die Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung enorm steigert. Zukünftige Gesundheitspolitik muss außerdem die Umverteilung der Aufgaben innerhalb der Prävention vortreiben. Die Machtposition, der auf Individuen ausgerichteten, meist kurativen Medizin, muss umverteilt werden. Prävention kann enorme soziale Kräfte entwickeln, wenn sie unabhängig vom vertragsärztlichen Leistungskatalog stattfinden kann und somit weniger in individuelle, nur durch den Arzt durchzuführende Leistungen umzudefinieren ist. (vgl. Rosenbrock/ Gerlinger, 2004, S. 79ff)

Schlussendlich kann, so Rosenbrock und Gerlinger, nur eine gegentendenzielle Politik der durch Verhaltensmodifikation und Konsum geprägten aktuellen Entwicklung wirksam standhalten und die politischen Möglichkeiten der Prävention erweitern (vgl. Rosenbrock/ Gerlinger, 2004, S. 81).

## 6. Engagement der Krankenkassen in der Prävention

---

### 6.1 Ziele und Motivation des Krankenkassenhandelns versus hemmende Bedingungen

Das die gesetzlichen Krankenkassen Primärprävention und Gesundheitsförderung unterstützen ist Tatsache. Denn der direkte Auftrag und damit ihre Verpflichtung findet sich im SGB V. Als Beispiel lassen sich die beiden wichtigsten, betriebliche Gesundheitsförderung und Früherkennungsuntersuchungen, nennen. Und auch der vorgelegte Leitfaden Prävention 2006 benennt die wichtigsten Handlungsfelder. Doch haben die GKV'en Anreize, diese wirklich mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu fördern? (vgl. Drupp, 2002, S29) Michael Drupp formuliert es folgendermaßen:

*„[...] programmatische Aussagen, Leitbilder und öffentlich ausgewiesene Ziele [sind] immer darauf hin kritisch zu überprüfen, inwieweit die mit der tatsächlichen Unternehmenspolitik übereinstimmen. Die gesetzlichen „Kann- Bestimmungen“ des § 20 SGB V eröffnen zudem in der Praxis eine Vielzahl von Möglichkeiten, die vom Verzicht auf ein Angebot bis zu seiner qualitativ hochwertigen Ausgestaltung reichen können.“ (Drupp, 2002, S. 29)*

Und tatsächlich scheint diese skeptische Haltung bestätigt, wenn man die tatsächlichen Ausgaben für Primärprävention mit den veranschlagten vergleicht. So wurden 2002 statt 2,60 Euro pro Versicherten für primärpräventive Maßnahmen nur 1,19 Euro ausgegeben und anstatt 0,52 Euro für Selbsthilfeunterstützung nur 0,30 Euro. Ist es den GKV'en nicht gelungen mehr Menschen zur Teilnahme an den entsprechenden Programmen zu bewegen, oder wollen sie dies nicht? Folgt man den Aussagen von Rolf Stuppardt, so zeigt sich, dass das Agieren sich stark zum positiven verändert hat. Stuppardt betont, dass die GKV'en ein gesteigertes Interesse darin haben Risiken zu reduzieren, Krankheitssymptome möglichst frühzeitig zu erkennen und Ressourcen der Gesundheit zu fördern, da sie den größten Anteil der durch Krankheiten entstehenden Kosten zu tragen haben. Zudem betont er, dass die GKV deutschlandweit am meisten die Prävention fördere (vgl. Stuppardt, 2008, S. 435ff). Und auch der Leitfaden Prävention wurde nach anfänglich harter Kritik zunehmend entsprechend den aktuellen Ergebnissen der Forschung modifiziert. So werden nicht mehr individuelle Ansätze der Verhaltensänderung in den Mittelpunkt der Interventionen gerückt, sondern besonders sozial benachteiligte Personen sollen in Settings gefördert werden (vgl. Leitfaden 2006, S. 3). Doch diese Entwicklung gilt vorwiegend im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung.



Der SVR schreibt dazu:

*„Ein Anreiz für Krankenkassen, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen, besteht insofern, als ein reduzierter Krankenstand die Ausgaben für Behandlung und Krankengeld senkt.“ (SVR, 2005, S. 166)*

Betrachtet man diesen aber in anderen Bereichen, so stellt man zwar eine gesteigerte Aufmerksamkeit für lebenskontextbezogene Maßnahmen fest, aber diese machten lediglich 5% der GKV- Ausgaben im Jahr 2006 aus. (vgl. Lenhardt, 2007, S. 105) Als Beispiel lässt sich die vermehrte Bemühung im Setting Schule nennen. Doch unter dem Gesichtspunkt, dass gerade die Primärprävention und Gesundheitsförderung zu den Wettbewerbsparametern gehören, besteht (nicht nur hier) die Gefahr, dass diese für Marketingzwecke und der Selektion von guten Risiken für eine günstige Ein- und Ausgabenpolitik der Krankenkasse genutzt wird. Zwar stehen dann Schulen im Mittelpunkt, welche der Krankenkasse positive Resonanz geben, nicht aber wie verlangt sozial Benachteiligte. Des Weiteren sind Kinder und Jugendliche eine sehr anspruchsvolle Zielgruppe und brauchen langfristige Unterstützung. Gleichzeitig kann man bei qualitativen Programmen davon ausgehen, dass eine positive Nutzen- Kosten Relation entstehen kann und damit sehr wohl auch positive Anreize gegeben sind. (vgl. SVR, 2005, S. 165f) Obwohl es den Kassen gelungen ist, wichtige Entwicklungen wie etwa eine instrumentalisierte Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, verbesserte Transparenz (zum Beispiel Zusammenarbeit mit regionalen Verbänden) und die Verständigung auf eine gemeinschaftliche Zielorientierung (zum Beispiel kassenartenübergreifende Zusammenarbeit) zu erreichen, sind die Aktivitäten in dem System wettbewerbsorientiert und den Einzelinteressen der Krankenkassen untergeordnet. Dies belegte eine Studie von Haenecke 2001, in der gezeigt wurde, dass vor allem wirtschaftliche Interessen im Vordergrund stehen. Dies steht im Widerspruch zu ihrem öffentlichen Auftrag, der dazu aufruft, sozial und gesellschaftsbezogen zu agieren. Die Hauptziele sind laut Studie dabei der Fortbestand der Kasse und deren Größe, beziehungsweise deren Ausbau, sowie den Beitragssatz stabil zu halten oder zu senken. Direkte Ziele der Gesundheitsförderung werden nur in abgeleiteten Maßnahmen erwähnt oder sind Teil der Leitbilder der Krankenkassen. Das Problem ist, dass die Ausgaben für die Prävention, sei es sachlicher oder personeller Natur, immer in Konkurrenz zu anderen Investitionen stehen. Da aber vor allem Primärpräventions- und Gesundheitsförderungsprogramme nur auf mittel- und langfristige Sicht Nutzen bringen, schneiden sie oftmals schlechter ab und unterliegen einem direkten Kosten-Nutzen Vergleich vor allem in einem Kassenmanagement, welches kurzfristig orientiert ist. In diesem Fall sind es vor allem fehlende Evaluationen von getätigten Projekten, die hier als hemmende Faktoren auftreten und in ihrer Folge die Anreize schmälern. Es zeigt sich in der Praxis, dass wissenschaftliche Belege das Kassenhandeln im Bereich der Prävention maßgeb-



lich beeinflussen können. Dies stellt sogleich die Verbindung zu der Qualität der Produkte her. Eine wirkliche Kontrolle der Qualität hat erst in den letzten Jahren an Gewicht gewonnen. Und gerade bei großem Konkurrenzdruck und der zunehmenden Mittelkürzung müssen die Mittel effektiv und effizient eingesetzt werden. Und auch die freie Kassenwahl bestärkt die Kundenorientierung und damit den Zwang gute Qualität zu liefern, um diese durch attraktive Angebote zu binden. (vgl. Drupp, 2002, S. 24ff) Dies kann eine Verbesserung für Präventionsprojekte nach sich ziehen, da die Betonung der Vorsorge in der Gesellschaft einen nicht zu verachtenden Stellenwert erreicht hat. Bezüglich der betrieblichen Gesundheitsförderung betont der SVR, dass eine alternde Gesellschaft, welche das Thema Gesundheit als wichtig erachtet, auch eine alternde Belegschaft mit den selben Vorstellungen in den Betrieben nach sich zieht und dafür sorgen wird, dass hier abgesehen von dem sozialgesetzlichen Anreizsystem eine Motivation aus der freien Wirtschaft entstehen wird, indem die Unternehmer gezielt die Unterstützung einfordern. (vgl. 2005, S. 166) Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Tatsache, dass die Ausrichtung auf Effizienz und Effektivität es vor allem für innovative Präventionsprojekte, deren Wirkmechanismen oft nicht belegt sind, schwierig machen sich durchzusetzen. (vgl. Drupp, 2002, S. 24ff)

Die aktuellsten Auswirkungen auf das Anreizsystem der Gesetzlichen Krankenversicherung sind durch das GKV- WSG 2007 entstanden.

Mit dem GKV- WSG 2007 wird den Kassen, wie bereits anfänglich beschrieben, weiterhin die Möglichkeit eingeräumt, Klienten zur Teilnahme an besonderen Versorgungsformen zu vermitteln. Problematisch ist zu betrachten, dass auf Grund der Bedingung der Aufkommensneutralität wahrscheinlich nur geringe Prämien ausgeschüttet werden können und sich überwiegend Versorgungsprogramme durchsetzen, welche zusätzliche Mittel einfahren, wie Modelle der integrierten Versorgung und strukturierte Behandlungsprogramme. Damit besteht die Gefahr, dass sich wichtige, die Prävention und Gesundheitsförderung unterstützende Entwicklungen, die dies nicht versprechen, nicht durchsetzen können. (vgl. Gerlinger et. al., S. 23f)

Für beide Wahltarife, ob monetär oder versorgungsbezogen, gilt ebenfalls allgemein die Pflicht der Selbstfinanzierung, was bedeutet, dass die Tarife ausschließlich durch die Reduzierung der Ausgaben und/oder durch die Erlöse getragen werden dürfen und damit eine Quersubventionierung keine Option darstellt. Diese Forderung löste allgemein kontroverse Diskussionen aus. Doch gerade der im vorab beschriebene Bereich der `monetären` Wahltarife wird die Forderung schwer erfüllen können, da die Kassen Anreize haben, vor allem Angebote für gesunde Versicherte zu entwickeln, um sie an die eigene Kasse zu binden. Das hat zur Folge, dass hier, allen Erwartungen nach, vor allem Personen mit `guten Risiken` Interesse zeigen werden, wodurch die Wahltarife schwerlich aufkommensneutral sein können und sich ein so genannter `Mitnah-



meffekt` durchsetzen wird. Denn der benannte Personenkreis nimmt bereits wenige Leistungen in Anspruch und somit müssen die Ermäßigungen und Prämien letztendlich durch höhere Normaltarifbeiträge unterstützt werden und treffen damit aller Voraussicht nach vor allem chronisch kranke Versicherte. Damit sinkt auf Grund der niedrigen Prämien auf der einen Seite die Motivation der Versicherten diese Tarife zu wählen. Auf der anderen Seite werden nur gesunde, besser Verdienende angesprochen, was damit der gesetzlichen Vorgabe, sozial Schwache besonders zu fördern, widerspricht. Des Weiteren entsteht durch die tendenzielle Annäherung von GKV und PKV eine Verstärkung des Wettbewerbs um gute Risiken zwischen den beiden Versicherungssystemen. (vgl. Orłowski/Wasem, 2007, S. 18f) Ein weiterer Punkt im Bereich der Wahltarife ist die ‚Belohnung‘ der Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Zum einen entsteht die Gefahr, dass medizinisch notwendige Untersuchungen nicht wahrgenommen werden und damit schlimmere Folgeerkrankungen entstehen. Und zum anderen stellen Früherkennungsuntersuchungen eine Pflicht für jeden Klienten dar und daher muss durch die Krankenkassen eine hohe Transparenz geschaffen und Aufklärung betrieben werden, da es sonst leicht zu Missverständnissen unter den Versicherten kommen kann. Bei Nichtinanspruchnahme drohen Beschränkungen in der Anwendung von Härtefallregelungen (vgl. Gerlinger et al., 2007, S. 21f). Auch die Neugestaltung des Risikostrukturausgleichs bringt Probleme mit sich. Zwar kommt es zu einer Stärkung des bundesweiten Solidarausgleichs und zur Reduzierung der Wettbewerbsnachteile von Kassen mit überdurchschnittlich vielen ungünstigen Risiken, doch nach wie vor haben die Kassen großen Anreiz, Risikoselektion zu betreiben. Außerdem werden Kassen weiterhin benachteiligt, wenn sie einen hohen Anteil an Klienten versichern, die großen Behandlungsaufwand benötigen, da sie voraussichtlich früher und höher die Zusatzbeiträge erheben müssen, als andere Kassen. Da davon vor allem Kassen betroffen sein werden, die einen großen Anteil sozial benachteiligter Klienten versichern, trifft es vor allem die Bevölkerungsgruppen, die laut SGB V gesondert gefördert werden sollen und das soziale Ungleichgewicht in den GKV nimmt zu. (vgl. Gerlinger et al., 2007, S. 11)

Die Auswirkungen des GKV- WSG 2007 auf die Anreizstruktur der Gesetzlichen Krankenkassen sind, auch wenn Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention gestärkt werden, in ihrer Konsequenz fragwürdig. Vor allem der erhöhte Druck durch den verstärkten Kassenwettbewerb zwingt die Kassen zu Einsparungspolitik und lässt die Befürchtung aufkommen, dass es vor allem die Bereiche der Prävention treffen könnte. Des Weiteren wird nach wie vor kein Instrument mit dem Morbi- RSA eingeführt, das die Risikoselektion positiv beeinflussen könnte und auch die Annäherung an das Äquivalenzprinzip im Bereich der monetären Wahltarife trägt seinen Teil zur Erweiterung der gezielten Risikoselektion bei. Zudem ist umstritten, ob die finanziellen Anreize für die Versicherten wirklich eine positive Veränderung

ihres gesundheitsrelevanten Verhaltens bewirken können, da man nicht davon ausgehen kann, dass ein in der Zukunft liegender eventueller finanzieller Nutzen zur Aufgabe gesundheits-schädlicher Handlungsmuster in der Gegenwart führen wird, da diese oftmals einen gegenwärtigen Nutzen verkörpern und Gesundheit lediglich eins von vielen Zielen für das Individuum darstellt. (vgl. Gerlinger et al., 2007, S. 11f)

Auch die Hoffnung, dass mit einem durch Selbstbehalt und Kostenerstattung bewirktes präventives und gesundheitsförderndes Verhalten Folgebehandlungen und Leistung eingespart werden können, ist vage, unterschätzen diese doch die Wirkungen von Moral Hazard (Verhaltensänderung nach dem scheinbaren Wegfall eines Risikos) und verstärken außerdem besonders für sozial schwache Haushalte die Schwierigkeiten, einen nötigen Arztbesuch zu tätigen. (vgl. Gerlinger et al., 2007, S. 11f)

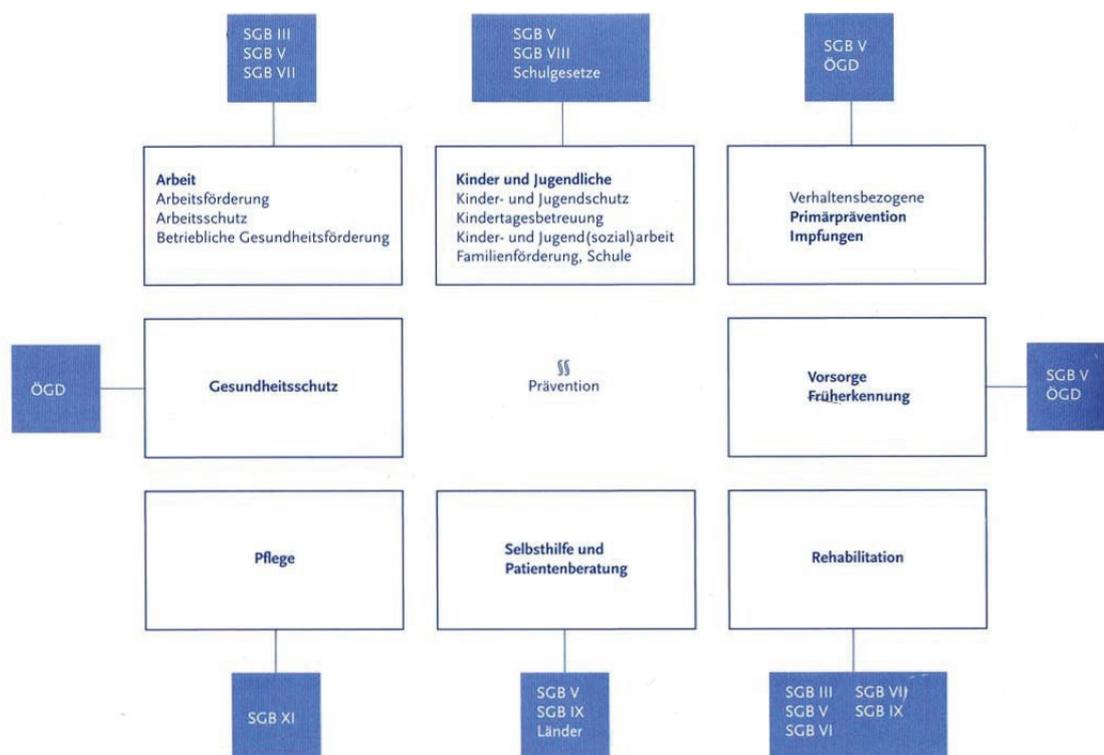
Ein wichtiger hemmender Faktor für koordiniertes Kassenshandeln sind die unterschiedlichen Akteure, die nicht ausreichend miteinander vernetzt sind, deren Zusammenarbeit nur unklar geklärt ist und damit die interdisziplinäre Kooperation stören.

## 6.2 Schnittstellenproblematik

In der Prävention und Gesundheitsförderung gibt es ein Nebeneinander von Trägern und unklare Verhältnisse der Verantwortlichkeiten. Neben allen staatlichen Ebenen, den Unternehmen und den Sozialversicherungen gibt es eine Vielzahl von Organisationen, die sich der Primärprävention und Gesundheitsförderung widmen. Zudem werden oft gleiche Interventionsfelder von mehreren Verantwortlichen bearbeitet. (vgl. Stuppardt, 2008, S. 438) Im Sozialrecht wird den Gesetzlichen Krankenkassen mit dem SGB V die Hauptverantwortung übertragen, doch es gibt weitaus mehr Beteiligte, wie Mosebach et al. prägnant darstellen:

*„Die präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen reichen dabei von präventiven Maßnahmen am Arbeitsmarkt (SGB III) und Arbeitsplatz (SGB VII) sowie Regelungen zur Vermeidung von Frühverrentung (SGB VI) und zielgruppenorientierten Ansätzen der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) bis zur präventiven Versorgung, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) sowie Bestimmungen der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI).“ (Mosebach et al., 2007, S. 350)*

Die folgende Abbildung gibt dazu einen Überblick.



**Abbildung 4:** Wesentliche gesundheitsbezogene Bereiche mit präventiven rechtlichen Regelungen im SGB auf der Länderebene, RKI, 2006, S. 126

Die größten Defizite entstehen im Bereich der Kooperation und Koordination zwischen den Beteiligten. Jedoch haben alle Bereiche gemeinsam, dass die Vorbeugung im allgemeinen Sinne nur einen unbedeutenden Stellenwert einnimmt. 2001 gaben die Rentenversicherung 1,7% für Vorbeugung und Rehabilitation, Krankenkassen etwa 1,8%, die Unfallversicherung 7,5% und die Arbeitslosenversicherung etwa 38% dafür aus. (vgl. Bieback, 2003, S. 69) Des Weiteren kommt erschwerend hinzu, dass unterschiedliche Termini, wie „[...] *Vorsorge, Prophylaxe, Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung usw. [verwendet werden] [...].*“ (Stuppardt, 2008, S. 438).

Mittelpunkt der folgenden Betrachtung werden die Querschnittsprobleme der Prävention im Sozialrecht sein, denn Analysen haben ergeben, dass es vor allem Probleme an den Schnittstellen von Versorgungsbereichen gibt, die sich negativ auswirken. (Orlowski/Wasem, 2007, S. 23)

Mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem entwickelten Leitfaden Prävention ist im Feld der Primärprävention und Gesundheitsförderung die Voraussetzung für eine koordinierte Zusammenarbeit der GKV gesorgt worden. Des Weiteren ist die GKV in vielen Fällen verpflichtet kassenartenübergreifend zusammenzuarbeiten. Dabei gilt es, gemeinsame Prioritä-



ten zu verfolgen und damit das Angebot der Gesundheitsförderung und Primärprävention unabhängig von einzelwirtschaftlichen Absichten zu verbessern. Besonders im Settingansatz, wie der betrieblichen Gesundheitsförderung, ist die enge Zusammenarbeit essentiell und die Gemeinde, der Betrieb und der öffentliche Gesundheitsdienst müssen maßgeblich beteiligt werden. Hier ist die Zusammenarbeit mit den zuständigen Unfallversicherungsträgern Pflicht, mit dem Ziel, arbeitsbedingte Gefahren der Gesundheit zu verhüten. Die Krankenkassen sind angewiesen, die Unfallversicherung und die Stellen für Arbeitsschutz über mögliche Zusammenhänge zwischen einer Erkrankung und den Arbeitsbedingungen bzw. dem Beruf zu unterrichten (§ 20 Abs. 1+2). Das Potential der Prävention, welches durch die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitswelten erreicht werden kann, ist jedoch noch nicht ausgeschöpft und kann im Wesentlichen von der GKV verstärkter genutzt werden. Doch im Gegensatz zu anderen Bereichen besteht bereits eine umfassende Zusammenarbeit, welche durch das SGB bestimmt wird. So soll auch die Behinderung im Arbeitsleben präveniert werden, indem Unfallversicherung, Rentenversicherungsträger, Bundesagentur für Arbeit und Träger der Kriegsopferversorgung zusammenwirken. (vgl. Welti, 2008, S. 1ff)

In den Sozialgesetzbüchern III; VI und VII wird der Rehabilitation eine präventive Ausrichtung zugeschrieben. Aber diese gilt nicht durchgängig. Beispielsweise setzt der § 9 SGB VI eine Krankheit voraus, um medizinische Rehabilitation genehmigen zu können. Erst mit dem § 31 Abs. 1;2 SGB VI unter ‚sonstige Leistungen‘ werden primärpräventive Interventionen eingeführt. Diese sind aber nur für Personen angedacht, welche eine besonders gefährdende Tätigkeit ausüben und noch keine Schädigung haben. (vgl. § 31 Abs. 1;2 SGB VI).

Auch im SGB V findet eine systematische Trennung von Rehabilitation und Prävention statt. Rehabilitation ist demnach tertiäre Prävention, setzt also eine bestehende Krankheit voraus und soll deren Folgen lindern, sowie ein Leben mit einer Behinderung ermöglichen. Demzufolge findet eine Anerkennung des präventiven Charakters der Rehabilitation statt, wird aber beschränkt auf die Prävention von Krankheitsfolgen. (vgl. § 11 Abs. 1 SGB V; 3. Kap. 5. Abschnitt SGB V, Bieback, 2003, S. 70f) Der „Vorrang von Prävention“ wird für die Rehabilitation durch § 3 SGB IX deutlich. Da heißt es eindeutig, dass Prävention vor Rehabilitation gestellt wird und nur, wenn keine andere Möglichkeit gegeben ist, soll die Rente, Pflege oder Kompensation angewendet werden. In den Bereichen der Unfallversicherung, der GKV und der Arbeitsförderung werden in der Regel die Kosten von dem Träger übernommen, der die nachfolgenden Maßnahmen übernehmen muss und somit auch von den vorangegangenen präventiven Handlungen profitiert, beziehungsweise beim Misslingen für den Schaden aufkommen muss, wenn die Interventionen fehlschlagen. Dies entspricht dem Gebot der Einheitlichkeit und Ganzheitlichkeit, die bei der Erbringung von Leistung gefordert sind und daraus folgt, dass jeder Träger in seinem Aufga-

benfeld präventiv tätig sein sollte. (vgl. Bieback, 2003, S. 71f) Positive Beispiele für die wirkungsvolle Zusammenarbeit verschiedener Träger sind, neben der Verhinderung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, der Bereich der Selbsthilfe und die primäre Prävention durch Schutzimpfungen. (vgl. Welti, 2008, S. 10ff)

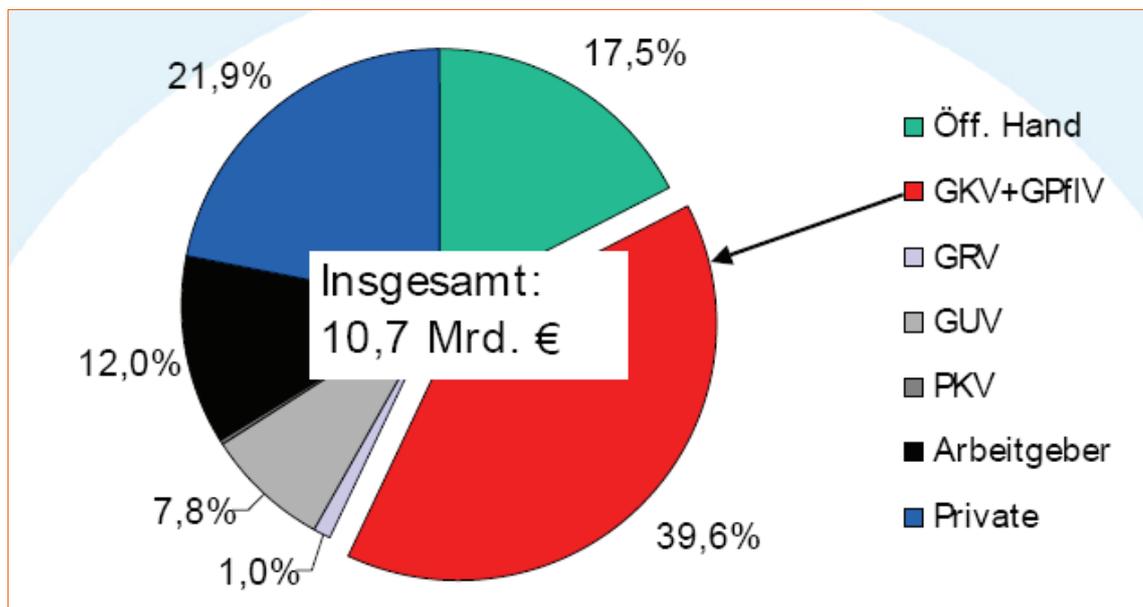
Das beschriebene Prinzip wurde jedoch nicht auf die Pflegeversicherung und Rentenversicherung übertragen (vgl. Bieback, 2003, S. 71f). In der Rentenversicherung gilt es, bereits entstandene Einschränkungen zu kompensieren und die Folgeerkrankungen zu verhindern. Es fehlt ein Auftrag für früher ansetzende präventive Maßnahmen und auch ein allgemeiner Auftrag der Prävention ist nicht vorhanden. Fakt ist jedoch, dass das Risiko der Frühinvalidität beispielsweise durch betriebliche Gesundheitsförderung, Weiterbildungsangebote und das persönliche Gesundheitsverhalten reduziert werden kann. Daraus sollte sich der Anspruch der Rentenversicherung ergeben, selbständig primärpräventiv tätig zu werden. Aber entgegen dieser Annahme überlässt die Rentenversicherung der GKV und der Arbeitslosenversicherung diese Aufgabe und setzt erst mit aktiven Maßnahmen ein, wenn eine akute Gefahr besteht, dass Einschränkungen in der Erwerbsfähigkeit entstehen. (vgl. § 9; 10 SGB VI) Zwar wurde ein eigenständiger Katalog entwickelt, welcher „sonstige Leistungen“ beschreibt, diese sind jedoch nur unter strengen Voraussetzungen zu erhalten und zudem eng budgetiert. (vgl. Bieback, 2003, S. 72f)

In der Pflegeversicherung wird mit dem § 5 SGB XI auf den „*Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation*“ hingewiesen. Jedoch verweist dieser eher auf die Zuständigkeiten anderer Sozialversicherungsträger, insbesondere der GKV. Dies bezieht sich auf den Auftrag der GKV, Pflegebedürftigkeit zu verhindern, wie es in § 11 Abs. 2 SGB V beschrieben ist. Ein eigener Auftrag der Prävention ist nicht zu finden. Vielmehr soll zwar das Leistungsgeschehen auf die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit ausgerichtet sein und die präventive Rehabilitation gefördert werden, aber nur in der Zusammenarbeit mit dem eigentlichen Rehabilitationsträger. Hemmend wirkt in diesem Fall, dass die verantwortliche Krankenkasse die Leistungen erbringen muss, aber im Endeffekt die Pflegekasse profitiert und daher die Anreize zur wirkungsvollen Prävention von Pflegebedürftigkeit kaum gegeben ist. Gleichzeitig fehlen die Anreize in der Pflegeversicherung, da diese nicht den eigenen Auftrag durch das SGB erhalten, Prävention zu erbringen. (vgl. Bieback, 2003, S. 72f)

Mit dem Risikostrukturausgleich werden die erbrachten Leistungen der Krankenkassen nicht ausgeglichen, da diese als von den Kassen beeinflussbar gelten. In der Folge wachsen die Anreize Pflegebedürftigkeit zu tolerieren und die Bewilligung von Maßnahmen zu erschweren. Wenn eine Krankenkasse trotzdem ein wirksames Präventions- und Rehabilitationsangebot für die Verhinderung der Pflegebedürftigkeit entwickelt, heißt das für sie, dass so genannte ‚ungünstige Risiken‘ angezogen werden. In der Konsequenz bedeutet das höhere Ausgaben und

noch mehr Vorteile für die Pflegekassen, da weniger Menschen pflegebedürftig werden beziehungsweise erst später von ihr betreut werden müssen und damit für einen kürzeren Zeitraum. Eine Lösung für die Probleme wäre die Anerkennung der Pflegeversicherung als Rehabilitationsträger und damit die Übertragung der Verantwortlichkeiten. Eine andere Lösung wäre ein kassenübergreifendes Budget, welches für die Rehabilitation von Pflegebedürftigen verwendet wird. Dadurch hätten beide Seiten einen Anreiz primärpräventiv tätig zu werden. Doch so lange das Schnittstellenproblem nicht behoben wird, wird auch weiterhin eine wichtige Bevölkerungsgruppe von den primärpräventiven Aktivitäten ausgegrenzt werden. (vgl. SVR, 2005, S. 227f)

Es zeigt sich, dass Prävention von dem Rehabilitationsträger (mit)ausgeführt werden sollte, der auch davon den Nutzen trägt. Denn nur wenn der finanzielle Aufwand durch den in Aussicht gestellten Erfolg kompensiert werden kann, wird ein ehrliches Interesse an Prävention allgemein und Primärprävention und Gesundheitsförderung im Besonderen entstehen. Mit der Optimierung der Anreizsysteme kann das Präventionspotential besser ausgebaut werden. Essentiell ist dabei die Zuordnung von Präventionsmaßnahmen zu Organisationen. In diesem Zusammenhang gilt es auch die Vernetzung zu fördern. (vgl. SVR, 2001, S. 76)



**Abbildung 5:** Anteile der Ausgabenträger an den Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz 2002  
URL 2 Rolf Stuppardt

## 7. Möglichkeiten für die Entwicklung nachhaltiger Prävention

---

### 7.1 Prävention als Gemeinschaftsaufgabe

Es herrscht allgemein die Auffassung, dass eine wirksame Prävention nur realisiert werden kann, wenn eine übergreifende Kooperation zwischen den verschiedenen Instanzen stattfindet. Verschiedene Berufsgruppen, Institutionen und Sektoren müssen eng miteinander verflochten werden, um diese Aufgabe zu bewältigen. Es lassen sich grundsätzlich vier Dimensionen einteilen, wenn Prävention als Gemeinschaftsaufgabe konzipiert wird. Die sektorale Dimension umfasst die Dreiteilung des deutschen Gesundheitssystems in ambulanten und stationären Sektor, sowie den öffentlichen Gesundheitsdienst. Jedes Glied dieser sektoralen Dimension besteht aus einer Vielzahl von Gesetzen und Richtlinien und die sich tendenziell eher voneinander entfernt haben, als das eine Zusammenarbeit entstanden wäre. Dies ist jedoch essentiell, wenn Prävention als Gemeinschaftsaufgabe durchgeführt werden soll. Die funktionale Dimension beinhaltet die Einteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Diese sind jeweils mit den entsprechenden Institutionen verbunden und finden in der Praxis bereits häufig nebeneinander statt. Diese Verbindung leitet zu der vierten Dimension über. Es handelt sich dabei um die interdisziplinäre Dimension, welche vor allem für die Gemeinschaftsarbeit der verschiedenen Berufsgruppen steht. Exemplarisch seien für die Prävention Lehrer, Ärzte und Firmenleiter genannt. Die transinstitutionelle Dimension umfasst die Zusammenarbeit von beispielsweise Körperschaften, staatlichen Trägern, Professionellen im Allgemeinen und Laien. Zu ihnen gehören Sportverbände, Krankenkassen, Sozialversicherungen aber ebenso Gewerkschaften, Bildungssektor und ähnliche. (vgl. Mayer, 1995, S.31ff)

Ein „ressort- und ebenenübergreifende[s] Engagement“ (Stupardt, 2008, S.445) heißt aber auch, dass eine Beschränkung der Prävention auf die Krankenkassen und Sozialversicherungsträger nicht ausreicht. Vielmehr müssen die gesamtpolitischen und wirtschaftlichen Entscheidungen so gestaltet werden, dass sie das große Ziel der nachhaltigen Prävention berücksichtigen. Hierbei sind die „Schul-, Familien-, Sozial-, und Wirtschaftspolitik- und nicht zuletzt auch Umwelt- und Verkehrspolitik [...]“ (Stupardt, 2008, S. 445) als maßgebliche Größen zu benennen. Denn nur gemeinschaftlich können gesunde und gesundheitsförderliche Lebenswelten geschaffen werden. Das beinhaltet ebenfalls, dass eine Zusammenarbeit der Kommunen, Länder und der Bundesebene stattfindet. Zu bedenken wäre, ob auch eine Gesamtkoordination in Bereichen möglich ist, die sonst in den landesgesetzlichen Bereich fallen, wie der öffentliche Gesundheitsdienst und das Schulwesen. Generell ist es notwendig, dass bei staatlichen Entscheidungen grundsätz-

lich eine „*Gesundheitsverträglichkeitsprüfung*“ (Stuppardt, 2008, S. 446) erfolgt. (vgl. Stuppardt, 2008, S. 445f)

Ein wesentliches Ziel der Prävention ist die Verringerung sozialer Ungleichheit. Eine effektive Umsetzung ist nur realisierbar, wenn alle der benannten Dimensionen und die gesamte Politik für Transparenz sorgen. Die Krankenkassen vertreten die Meinung, dass dies nur über eine bundesweite Organisation erreicht werden kann und verweisen auf die Notwendigkeit einheitlicher, verpflichtender Standards in der Qualität. Wenn aber Aufgaben mit gesamtgesellschaftlichem Charakter umgesetzt werden sollen, so kann dies nicht allein durch die GKV erfolgen. Zum einen dürfen die finanziellen Mittel nur eingesetzt werden, wenn die Maßnahmen den Klienten direkten Nutzen bringen und zum andern ist die Aufgabe zu umfassend. Der Vorschlag von Rolf Stuppardt ist eine „*gemeinsame Transparenz- und Koordinierungsstelle auf Bundesebene*“ (Stuppardt, 2008, S. 446), welche die nichtbetriebliche Förderung der Gesundheit gesetzlich regelt. Hier wird vor allem die Verbindung mit der BZgA und dem mit ihr in Verbindung stehenden Kooperationsverbund für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten betont. Ziel wäre es, so die GKV, dass die Koordinationskosten durch den Bund und die Leistungen durch die Krankenkassen finanziert werden. Vorteil einer solchen Institution wäre der länderübergreifende Austausch von Informationen, gemeinsame Entscheidungsbildung und erhöhte Transparenz. (vgl. Stuppardt, 2008, S. 446f) Zu bedenken ist jedoch immer, dass die Gefahr der Bürokratisierung entstehen kann, der Innovationscharakter verloren gehen könnte und wichtige Reibungspunkte verschwinden (vgl. Altgeld et al., 2006, S. 35).

Von grundlegender Bedeutung ist die Erkenntnis, dass vor allem eine gesamtgesellschaftliche Bewältigung und damit auch eine gemeinsame Finanzierung notwendig erscheint und es nicht allein den Krankenkassen aufgetragen werden kann, Prävention zu betreiben, da vielmehr auch Handlungsfelder betroffen sind, die nicht denen der GKV zuzuordnen sind. (vgl. Stuppardt, 2008, S. 447f)

## 7.2 Präventionsgesetz

An dieser Stelle sollen nicht die unterschiedlichen politischen Einstellungen gespiegelt werden. Es wird vielmehr der Fokus auf die Möglichkeiten und Anforderungen eines Präventionsgesetzes gelenkt.

Im Zeitraum vom Jahr 2002 bis 2005 wurde die erste intensive Gesetzesinitiative gestartet. Erste Inhalte sollten durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Ende des Jahres 2003 für die Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Dies wurde jedoch auf unbe-



stimmte Zeit verschoben. Die rot- grüne Regierungskoalition legte im Februar 2005 einen Entwurf für ein Präventionsgesetz vor, welcher aber aus verschiedenen Gründen nicht bis zum vorzeitigen Ende der Legislaturperiode durchgesetzt werden konnte. Eine Fortsetzung der Bemühungen um ein Präventionsgesetz kündigte sich durch den Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD an, doch eine Einigung konnte bis heute nicht erreicht werden. (vgl. Lambertin, 2008, S. 46ff)

Die Prävention als selbständige vierte Säule des Gesundheitssystems in Deutschland neben Kuration, Rehabilitation und Pflege auszubauen, ist sehr begrüßenswert. Das fünfte Sozialgesetzbuch, besonders Paragraph 20 stellt eine große Herausforderung dar, die angenommen werden muss. Gesundheit zu verbessern und Ressourcen zu fördern unter der Bedingung, soziale Ungleichheit zu verringern, ist eine umfassende und vor allem die gesamte Gesellschaft durchdringende Aufgabe. Ziel eines Gesetzes ist es, die Zusammenarbeit der Akteure, insbesondere die der Sozialversicherungsträger, zu koordinieren und zu verbessern und dabei eine Bürokratisierung zu verhindern. In einem Präventionsgesetz gilt es, sowohl die Kranken-, Pflege-, Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung zu mobilisieren. Dadurch müssen nicht nur die für Prävention zur Verfügung stehenden Mittel erweitert werden, sondern auch das Bewusstsein dieser Akteure verändert werden. Alle Versicherungsträger, einschließlich der PKV, sollten den Fokus auch auf das Vermeiden von Versicherungsfällen und nicht ausschließlich auf die Finanzierung und Steuerung der Versorgung legen. Da alle Versicherungsträger von einer wirkungsvollen Prävention profitieren, würde sich dies zusätzlich positiv auf Teile der beschriebenen Schnittstellenproblematik auswirken. In diesem Zusammenhang muss ein Präventionsgesetz auch die Beziehungen zwischen den Versicherungsträgern und der öffentlichen Hand koordinieren. Vom Land initiierte Aktivitäten sollten in ihren Zielen und Programmen mit dem Versicherungsträger abgestimmt werden und es sollte geregelt sein, dass

*„[...] sich öffentliche Träger auf kommunaler sowie Landes- und Bundesebene [nicht] zulasten der Versicherungsträger aus der Finanzierung und Organisation der Primärprävention zurückziehen.“ (SVR, 2007, S. 825)*

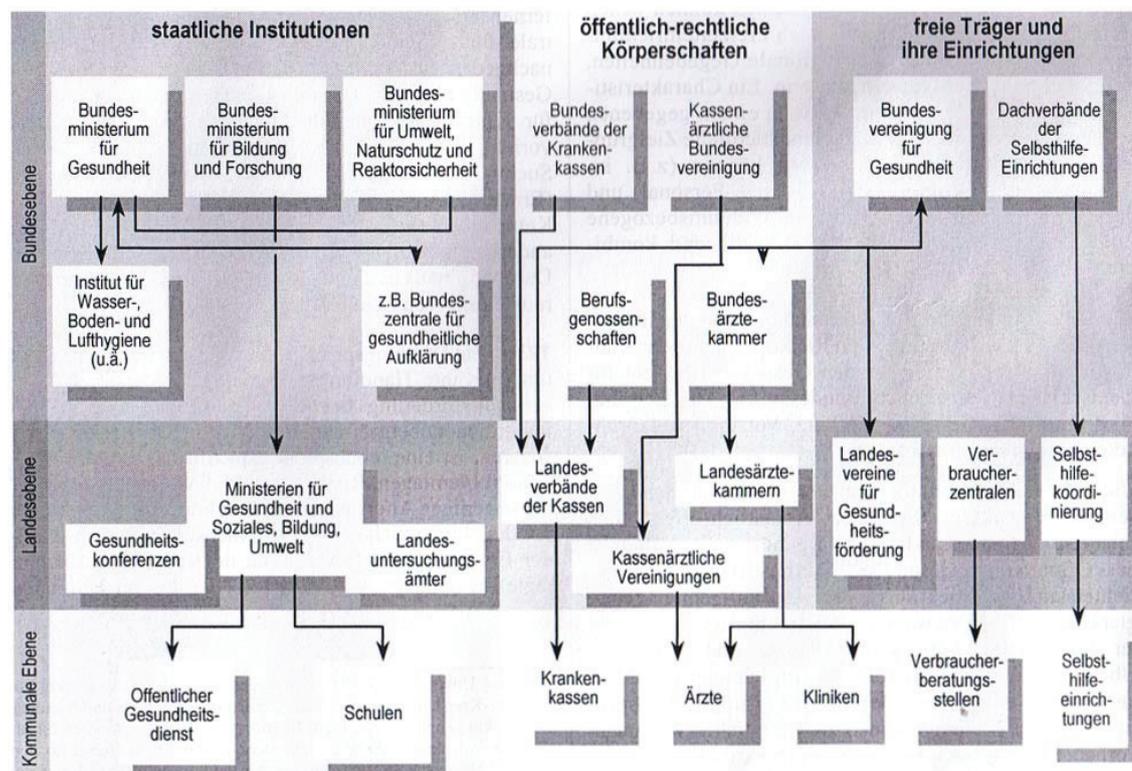
Vielmehr müsste über die Möglichkeit nachgedacht werden, ob Mittel aus Steuer- oder Beitragsmitteln zur Verfügung gestellt werden können. Dies könnte unter der Voraussetzung geschehen, dass die geförderten Präventionsprogramme dem aktuellen Stand der Erkenntnisse entsprechen und wirksamkeitsgeprüft beziehungsweise teilweise empirisch belegt sind.

Letzteres würde auch Raum lassen, um eine Weiterentwicklung zu ermöglichen und zuzulassen, dass innovative Programme eine Existenzmöglichkeit erhalten.

*„Mit der Akkumulation, Bündelung und Auswertung von Informationen zur Qualität und Wirksamkeit der Primärprävention sollte eine zentrale Stelle beauftragt werden.“ (SVR, 2007, S. 825f)*

Dies könnte nach aktuellem Stand die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sein. Bezüglich der Finanzierung wurden bereits Vorschläge in den vorangegangenen Gesetzesentwürfen gemacht. Bei einem erneuten Gesetzentwurf ist es unerlässlich, dass dieser nicht hinter die letzten beiden Vorschläge zurückfällt und darüber hinaus Optionen eröffnet, welche einen Ausbau der Finanzmittel, insbesondere der Primärprävention zulässt. (SVR, 2007, S. 826)

Das Präventionsgesetz sollte sowohl Verhaltens-, als auch Verhältnisprävention fördern und dabei gefährdende Faktoren eliminieren, aber ebenso gesundheitliche Ressourcen fördern. Grundsätzlich ist es notwendig, dass die Aktionen auf das große Ziel der Prävention ausgerichtet sind: gesundheitliche Ungleichheit, die sozial oder geschlechterbedingt ist, zu mindern. (SVR, 2007, S. 826)



**Abbildung 6:** Einrichtungen und Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundes-, Landes-, und kommunaler Ebene: SVR, 2002 S.76

## 8. Fazit

---

Prävention, insbesondere Primärprävention und Gesundheitsförderung scheinen aktuell einen zunehmenden Stellenwert zu erhalten. Grund für diese Annahme sind zahlreiche öffentliche Bekundungen. Zu denen zählen vor allem die Gründung des „Runden Tisches“ 2001/2002, die Gründung des „Deutschen Forums Prävention“ im Jahre 2002 und die aktuellen Diskussionen um ein Präventionsgesetz. (vgl. Rosenbrock in Igl/Welti, 2003, S. 16)

Aber das zweimalige Scheitern des Gesetzes zeigt, dass ein wirkliches, konsequentes Verantwortungsgefühl und eine Verpflichtung für die Prävention nicht zu erkennen sind. Diese entstehen bei den Akteuren erst dann, wenn ein direkter Auftrag für Prävention erteilt wird und zu meist auch nur, wenn dieser bereits präventiv orientiert ist. Des Weiteren muss in der Regel ein eigenes Interesse an der Umsetzung der Maßnahmen bestehen und ein weiter Raum für Aktionen geboten werden. Doch solange dieser Auftrag nicht erfolgt, der Nutzen der Leistungen nicht beim Leistungserbringer ankommt und überwiegend kurz- und mittelfristige stark verhaltensbezogene Kampagnen bevorzugt umgesetzt werden, kann keine tiefgründige Prävention erfolgen. Insbesondere der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen stellt ein Problem für die Prävention dar. Der Auftrag, sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit zu verringern, steht dem Interesse der Kassen gegenüber, möglichst junge und gute Risiken zu werben. (vgl. Bieback in Igl/Welti, 2003, S. 91)

Deutlich zeigt sich, dass Prävention als Gemeinschaftsaufgabe verstanden werden muss und damit weit über das einseitige System der Krankenversorgung hinausgeht. Dabei herrscht große Uneinigkeit über die Finanzierung, Art und Verantwortlichkeit. Netzbildung und Kooperation sind die Antwort auf diese Schwierigkeit und viele andere Problemfelder. Nur wenn alle Sozialversicherungsträger und die PKV sich gemeinsam an der Prävention und auch ihrer Finanzierung beteiligen, kann das Problem der Schnittstellenthematik und damit die nationalen Präventionsziele besser verwirklicht werden. Doch die Voraussetzungen dafür muss der Staat einleiten. Eine gesundheitsorientierte Gesamtpolitik ist unerlässlich. Dabei gilt es neue Wege in allen Bereichen wie Wirtschafts-, Bildungs-, Verkehrs- und Umweltpolitik einzuschlagen.

Die Herausforderungen dieser Zeit und der Zukunft liegen in der immer größer werdenden Schere zwischen arm und reich und der damit negativen sozioökonomischen Entwicklung. Gesundheitliche Ungleichheit kann durch wirkungsvolle Primärprävention verhindert oder zumindest verringert werden. Auch die zunehmenden chronischen Krankheiten in einer alternden Bevölkerung fordern eine neue Art der Bewältigung. Die Hegemonie und die Ökonomisierung der Medizin können keine Antwort auf diese Herausforderung mehr bieten. Die Potentiale der Primärprävention und Gesundheitsförderung sind weit aus größer und bei weitem noch nicht



ausgeschöpft. Doch unter den gegebenen Umständen ist es unausweichlich, Veränderungen in der Vorsorgepolitik vorzunehmen, um den Ankündigungen auch Taten folgen zu lassen und alle Akteure zu integrieren.



## Literaturverzeichnis

---

- Altgeld, Thomas; Geene, Raimund; Glaeske, Gerd; Kolip, Petra; Rosenbrock, Rolf; Trojan, Alf:** Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik, Friedrich Ebert Stiftung: Bonn 2006
- Ahrens, Dieter:** Ökonomisierung und Gesundheitsförderung. in: Schmidt, Bettina; Kolip, Petra (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und sozialer Arbeit, Juventa Verlag: Weinheim und München 2007
- Beske, Fritz:** Prävention- Ein anderes Konzept. Vor Illusionen wird gewarnt, Fritz Beske Institut für Gesundheits- System-Forschung Kiel, Schriftenreihe Band 103; Kiel, Schmidt und Klaunig 2005
- Bieback, Karl- Jürgen:** Prävention als Prinzip und Anspruch im Sozialrecht, insbesondere in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Igl, Gerhard; Welti, Felix (Hrsg.): Gesundheitliche Prävention im Sozialrecht, Verlag: Chmielorz GmbH, Wiesbaden, S. 67- 74, 2003
- BZgA:** Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Köln 2001
- BzgA:** Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Fachverlag Peter Sabo: 6. Auflage, 2006
- Deutscher Bundestag:** Schlussbericht der Enquete- Kommission „Demografischer Wandel“- Herausforderungen unser älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik-, Bundestagsdrucksache 14/8800 vom 28.03.2002, Berlin und Bonn
- Döhler, M.; Manow, P.:** Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren. Opladaden: Leske+Budrich, 1997 in: Mosebach, Kai; Schwartz, Friedrich Wilhelm; Walter, Ulla: Gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung, Verlag Hans Huber: Hogrefe AG, Bern, 2. überarbeitete Auflage 2007
- Drupp, Michael:** Gesundheitsförderung durch Krankenkassen. Vom „Gesundheitskurs“ zum „Gesundheitscoaching“. in: Walter, Ulla; Drupp, Michael; Schwartz, Friedrich Wilhelm: Prävention durch Krankenkassen, Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, Juventa Verlag: Weinheim und München 2002
- Eberle, Gurdrun:** Prävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung von 1970 bis heute, in: Stöckel, Sigrid; Walter, Ulla (Hrsg), Prävention im 20. Jahrhundert, Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland, Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften, Juventa Verlag: Weinheim und München 2002
- Fleckenstein, Julia:** Prävention in einem liberalen Gesundheitssystem. Die Konsequenzen einer Liberalisierung des deutschen Gesundheitssystems auf die Anreize für präventives Verhalten aus Sicht positiver und normativer Institutionenökonomie, Schriften zur Gesundheitsökonomie, Verlag P.C.O.: 2006



- Fries, J.F.:** Editorial: Can Preventive Gerontology Be on the Way? American Journal of Public Health, Vol.87 (10), S. 1592–1593,1997
- Geene, Raimund; Kilia, Holger; Ryl, Livia; Schütte, Christian:** Qualitäten der Gesundheitsförderung. Konzepte für die Praxis, Dokumentation einer Workshoptagung, Gesundheit Berlin e.V., 2006
- Gerlinger, Thomas; Mosebach, Kai; Schmucker, Rolf:** Wettbewerbssteuerung in der Gesundheitspolitik. Die Auswirkungen des GKV- WSG auf das Akteurshandeln im Gesundheitswesen, Diskussionspapier 2007-1, Johann Wolfgang Goethe- Universität Fachbereich Medizin, Frankfurt am Main 2007
- Haenecke, Henrik:** Unternehmensziele von Krankenkassen- Eine empirische Analyse. Arbeit und Sozialpolitik 1-2, 27- 33 in: Walter, Ulla; Drupp, Michael; Schwartz, Friedrich Wilhelm: Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, Juventa Verlag: Weinheim und München 2002
- Hurrelmann, Klaus; Kotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hrsg.):** Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Verlag Hans Huber: Bern, 2. Auflage, 2007
- Krämer, W.:** Hippokrates und Sisyphus. Die moderne Medizin als Opfer ihres eigenen Erfolges, in: Kirch, W. und Kliemt, H. (Hrsg.),Rationierung im Gesundheitswesen, Regensburg, 1996
- Kirch, Wilhelm; Badura, Bernhard; Pfaff, Holger:** Prävention und Versorgungsforschung. Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung Dresden, 24. bis 27. Oktober 2007, Springer Medizin Verlage: Heidelberg, 2008
- Lambertin, Knut:** Das Präventionsgesetz soll jetzt kommen; Doch wer soll für die Krankheitsvorbeugung zahlen? Gesundheit; Soziale Sicherheit; S. 45-50; 2/2008
- Lehnhardt, Uwe:** Präventionsaktivitäten der GKV. Qualitätssicherung, Berichterstattung und Evaluierung, Schwerpunktheft „Evaluation in der Prävention und Gesundheitsförderung“, Prävention 04/07, S. 104-107
- Leitfaden Prävention:** Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006. AOK- Bundesverband Bonn, BKK Bundesverband Essen, IKK Bundesverband Bergisch Gladbach, See- Krankenkasse Hamburg, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen Kassel, Knappschaft Bochum, Verband der Angestellten- Krankenkassen e.V. Siegburg, AEV- Arbeiter- Ersatzkassen- Verband e.V. Siegburg, 2. korrigierte Auflage, 15. Juni 2006
- Mayer, Alexander:** Theorie und Forschung, Band 320, Psychologie, Band 111, Prävention, Definition, Entwicklung, Organisation; S. Roderer Verlag: Regensburg 1995



- Mielck, Andreas:** Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland, Leske + Budrich: Opladen 1994
- Mielck, Andreas:** Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Verlag Hans Huber: Bern 2000
- Mollenkopf, H:** Mobilität und Lebensqualität im Alter- objektive Voraussetzungen und subjektive Bedeutung in der mobilen Gesellschaft, in: Glatzer, W., Habich, R., Mayer, K.U.(Hrsg.), Sozialer Wandel und gesellschaftliche Dauerbeobachtung, Leske + Budrich, Opladen: S. 255-271, 2002
- Mosebach, Kai; Schwartz, Friedrich Wilhelm; Walter, Ulla:** Gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung, in: Hurrelmann, Klaus; Kotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Verlag Hans Huber: Hogrefe AG, Bern, 2. überarbeitete Auflage 2007
- Orlowski, Ulrich; Wasem, Jürgen:** Gesundheitsreform 2007 (GKV- WSG). Änderungen und Auswirkungen auf eine Blick, C.F. Müller, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH: Heidelberg, München, Landsberg, Berlin und MedizinRecht.de Verlag, Frankfurt/Main 2007
- Robert Koch Institut- Statistisches Bundesamt:** Gesundheit in Deutschland, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2006
- Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas:** Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften, Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1. Auflage 2004
- Rosenbrock, Rolf; Michel, Claus:** Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung, Berliner Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin 2007
- Rosenbrock, Rolf:** Prävention und Gesundheitsförderung als Komponenten der Gesundheitssicherung, in: Igl, Gerhard; Welti, Felix (Hrsg.): Gesundheitliche Prävention im Sozialrecht, Verlag Chmielorz GmbH: Wiesbaden, S. 6- 18, 2003
- Rosenbrock, Rolf:** Primärprävention als Beitrag zu einer zukunftsfähigen Gesundheitspolitik in : Ulrich, Volker; Ried Walter (Hrsg.): Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Theorie und Politik öffentlichen Handelns, insbesondere in der Krankenversicherung, Nomos Verlagsgesellschaft: Baden Baden, 1. Auflage 2007
- Rosenbrock, Rolf:** Hemmende und Fördernde Faktoren in der Gesundheitspolitik- Erfahrungen aus dem vergangenen Jahrzehnt. In: Altgeld, Thomas; Laser, Ina; Walter, Ulla: Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse, Juventa Verlag: Weinheim und München 1997
- Sachverständigenrat für Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen:** Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Sachstandsbericht, Baden- Baden, 1994



- Sachverständigenrat für Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen:** Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I. Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Drucksache 145660 (21.03.2001), 2000/2001
- Sachverständigenrat:** Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Drucksache 155670, 2005
- Sachverständigenrat:** Zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; Kooperation und Verantwortung; Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung; 2007
- Schnabel, Peter- Ernst:** Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren. Besonderheiten, Leistungen und Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns; Juventa Verlag: Weinheim und München 2007
- Schwartz, Friedrich Wilhelm; Walter, Ulla:** unter Mitarbeit von Robra, B.P. und Schmidt, T. (1998): Prävention, in: Schwartz, F.W., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H. und Siegrist, J. (Hrsg.), Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, München et al., S. 151–170.
- Simon, Michael:** Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in die Struktur und Funktionsweise, Verlag Hans Huber: Hogrefe AG, Bern, 2. Auflage 2008
- Stöckel, Sigrid; Walter, Ulla:** Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften, Juventa Verlag: Weinheim und München 2002
- Statistisches Bundesamt:** Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, 2006
- Stuppardt, Rolf:** Stärkung der Primärprävention und Gesundheitsförderung durch unbürokratische Organisation und aufgabengerechte Finanzierung- Position der Gesetzlichen Krankenversicherung. in: Kirch, Wilhelm; Badura, Bernhard; Pfaff, Holger: Prävention und Versorgungsforschung. Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung Dresden, 24. bis 27. Oktober 2007, Springer Medizin Verlage: Heidelberg 2008
- Troschke, Jürgen; Mühlbacher, Axel:** Grundwissen Gesundheits-ökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege, Verlag Hans Huber: Hogrefe AG, Bern, 1. Auflage 2005
- Ulrich, Volker; Ried Walter (Hrsg.):** Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Theorie und Politik öffentlichen Handelns, insbesondere in der Krankenversicherung, Nomos Verlagsgesellschaft: Baden Baden, 1. Auflage 2007
- Ulrich, Volker:** Demografische Effekte auf Ausgaben und Beitragssatz der GKV. Diskussionspapier 09-03, Universität Bayreuth, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere, Juni 2003
- Walter, Ulla; Drupp, Michael; Schwartz, Friedrich Wilhelm:** Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, Juventa Verlag: Weinheim und München 2002



**Welti, Felix: (unveröffentlichtes Material)** SGB V §20 Prävention und Selbsthilfe; §20a Betriebliche Gesundheitsförderung; §20b Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren; §20c Förderung der Selbsthilfe; §20d Primäre Prävention durch Schutzimpfungen; Stand April 2008



## Internetquellen

---

**URL 1:** Demografischer Wandel- Herausforderung und Chance, e.balance, magazin für soziales, Nr. 057, 11/2007, Die Bundesregierung; Stand: Mai 2008

<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/emags/ebalance/057/sa-demografischer-wandel-ist-herausforderung-und-chance.html>

**URL 2:** Perspektiven von Prävention und Gesundheitsförderung aus Sicht der GKV; Rolf Stuppardt; Stand: 20.07.2008

[http://www.public-health.uni-bremen.de/doc/RolfStuppardt\\_Vortrag\\_19.11.04.pdf](http://www.public-health.uni-bremen.de/doc/RolfStuppardt_Vortrag_19.11.04.pdf)

## Eidesstattliche Erklärung

---

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift