

Prävention in Deutschland – eine Sisyphosgeschichte

von Joseph Kuhn¹

ABSTRACT

Der Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung gilt als wichtige Voraussetzung dafür, das Gesundheitswesen in Deutschland zukunftsfest zu machen. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht sind dabei lebensweltorientierte Maßnahmen von besonderer Bedeutung – Prävention muss insofern als politische Querschnittsaufgabe (Health in all policies) verstanden werden. Die Umsetzung einer nachhaltigen Präventionsstrategie kommt in Deutschland derzeit jedoch politisch nicht voran. Der Anteil der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung an den gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland stagniert seit 20 Jahren bei rund vier Prozent. Auch strukturelle Ungleichheiten in der Prävention, zum Beispiel nach Geschlecht oder sozialer Lage, zeigen eine große Beharrungskraft. Der von der Bundesregierung im Frühjahr 2013 vorgelegte Gesetzentwurf zur Förderung der Prävention wird nach derzeitigem Stand der Dinge nicht mehr umgesetzt, sodass in der nächsten Legislaturperiode ein neuer Anlauf nötig wird.

Schlüsselwörter: Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitswesen, Gesundheitsausgaben

Strengthening health promotion and prevention is regarded as an important prerequisite for making Germany's health care system fit for the future. From a public health point of view, setting-related interventions are of particular importance – prevention has to be seen and dealt with as a task involving all political sectors ("health in all policies"). Currently, however, the implementation of a comprehensive and sustainable prevention strategy does not show any signs of progress. The share of expenditure on prevention and health promotion of total health care spending in Germany has been stagnant for 20 years at around four percent. At the same time, structural inequalities in prevention, for example by gender or social status, are very persistent. The draft prevention bill submitted by the German federal government in the spring of 2013 will not be implemented after all, so that a new attempt is needed in the next legislative period.

Keywords: prevention, health promotion, health care system, health care expenditures

1 Prävention – ein kurzer Blick zurück

Prävention hat gesundheitspolitisch Konjunktur. Angesichts der in den „Gesellschaften des längeren Lebens“ hohen Bedeutung von chronischen Erkrankungen, die besser vermeidbar als zu heilen sind, und der steigenden Ausgaben in der kurativen Medizin richten sich große Erwartungen auf die Prävention. In der Begründung der Bundesregierung zum aktuellen Gesetzentwurf zur Förderung der Prävention beispielsweise heißt es:

„Gezielte Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter werden in einer Gesellschaft des längeren Lebens wichtiger denn je. Sie tragen dazu bei, dass Krankheiten gar nicht erst entstehen oder in ihrem Verlauf positiv beeinflusst werden, die Menschen gesund älter werden und die Lebensqualität steigt. Je früher im Lebensverlauf Präventionsmaßnahmen umgesetzt und unterstützt werden, desto eher können Risikofaktoren beeinflusst und desto eher kann die Wahrscheinlichkeit des Auftretens insbesondere vieler chronischer Krankheiten gesenkt werden. Für das Gesundheitssystem einer

¹Dr. P.H. Joseph Kuhn, Dipl.-Psych., Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, GE 4 · Veterinärstraße 2 · 85764 Oberschleißheim
Telefon: 09131 6808-5302 · Telefax: 09131 6808-5365 · E-Mail: joseph.kuhn@lgl.bayern.de

Gesellschaft, in der der Anteil alter und sehr alter Menschen stark zunimmt, sind Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung von Krankheiten von entscheidender Bedeutung.“

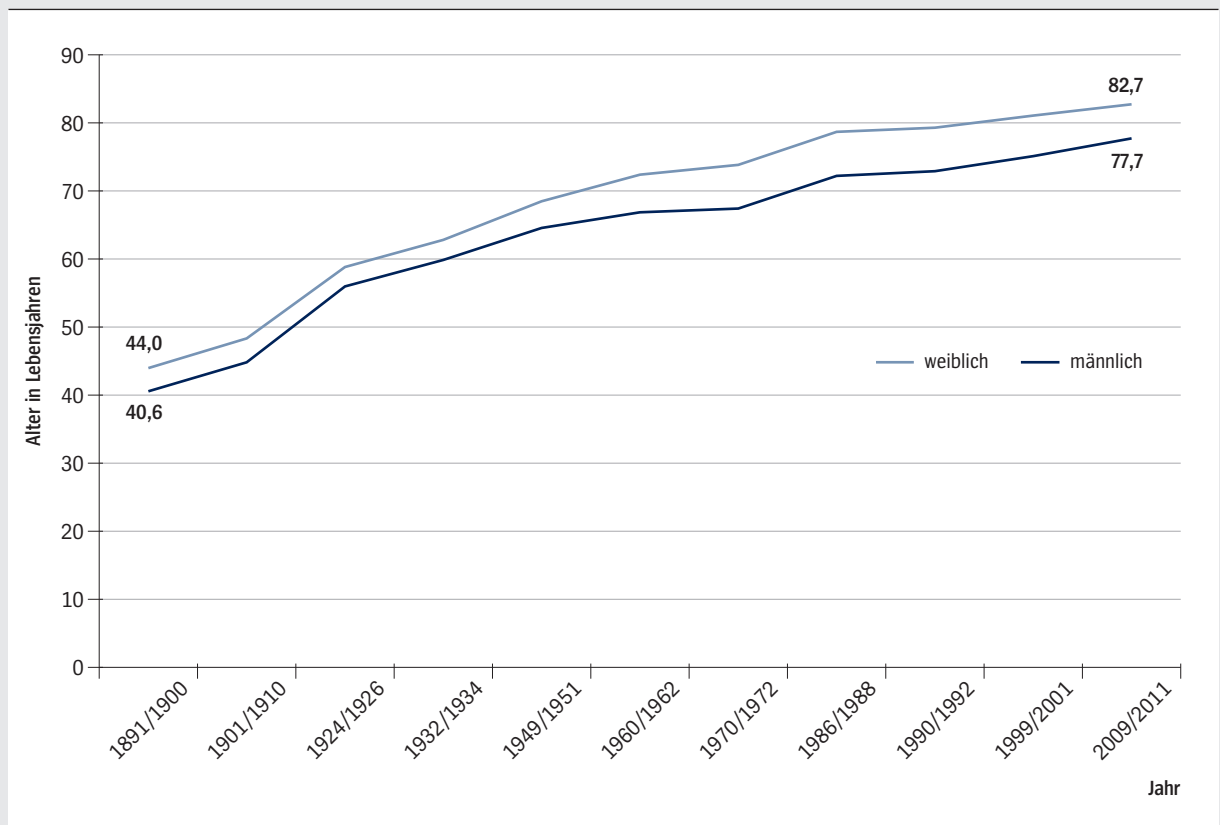
So modern große Erwartungen an die Prävention anmuten, eine Erfindung der Gegenwart ist das nicht. Hier sei nur auf die gern zitierte Feststellung des spätantiken Arztes Galen (129–199 nach Christus) hingewiesen, nach der der Prävention ein Vorrang vor der Kuration zukomme – und er war sicher nicht der erste, der dies so sah: „Da zeitlich wie der Wertschätzung nach die Gesundheit vor der Krankheit kommt, müssen wir zunächst darauf achten, wie man sie bewahren kann, und erst in zweiter Linie, wie man (...) Krankheiten heilt“ (zit. nach Bergdolt 1999, 105).

Modern ist allerdings, dass man die Prävention in diesem Maße als öffentliche, gesetzlich zu organisierende Aufgabe ansieht und nicht mehr nur als Privatangelegenheit des

Einzelnen beziehungsweise der Familie. Zwar gab es schon immer punktuell öffentliche Vorkehrungen zum Schutz der Gesundheit, zum Beispiel im Seuchenfall, aber eine aus der Rolle des Staates heraus abgeleitete, systematisch angelegte öffentliche Verantwortung für die Gesundheit ist eine neuzeitliche Entwicklung. Sie hat sich vor allem im 18. Jahrhundert im Merkantilismus entwickelt, als die Bedeutung einer gesunden Bevölkerung für Macht und Reichtum der Länder erkennbar wurde. Aus dieser Zeit stammen zahlreiche Konzepte einer „medizinischen Polizey“, gemeint ist damit eine Gesundheitsverwaltung, zum Beispiel die „Grundsätze der Polizey, Handlung und Finanz“ von Joseph von Sonnenfels 1765 oder das „System einer vollständigen medicinischen Polizey“ von Johann Peter Frank, dessen erster Band 1779 und dessen sechster Band 1819 erschien (siehe dazu Flügel 2012). Von der Organisation des Gesundheitswesens über die richtige Ernährung, die gesundheitlichen Folgen der Armut, die Wohn- und Arbeitsverhältnisse bis zur Stadthygiene sind darin Dimensionen angesprochen, die auch heute noch un-

ABBILDUNG 1

Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland



Quelle: Statistisches Bundesamt, Darstellung: IGL; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

ter verhältnis- und verhaltenspräventiven Gesichtspunkten diskutiert werden. Die durch dieses Denken mitangestoßene und dann vor allem durch die bürgerliche Sozialreform und die Arbeiterbewegung durchgesetzte Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen im 19. und 20. Jahrhundert hat entscheidend zum Anstieg der Lebenserwartung in den letzten 100 Jahren beigetragen (Abbildung 1). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts starb noch jedes vierte Kind im ersten Lebensjahr, heute fällt die Säuglingssterblichkeit statistisch praktisch nicht mehr ins Gewicht, 2011 betrug sie 0,36 Prozent. Gerade einmal ein Drittel der Neugeborenen konnte damals erwarten, 65 Jahre oder älter zu werden, heute sind es fast 90 Prozent.

Diese Erfolge sind nur zum kleineren Teil der kurativen Medizin zuzurechnen (McKweon 1982), zum größeren Teil Faktoren wie einer besseren Ernährung, besseren Wohn- und Arbeitsverhältnissen oder der Kanalisierung der Städte. Die Cholera wurde nicht am Krankenbett, sondern vom städtischen Tiefbauamt besiegt. Prävention als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“, wie sich aus der Strategie „Health in all Policies“ der Weltgesundheitsorganisation ergibt, ist also kein utopisches Zukunftsprojekt, sondern ein Stück Präventionsgeschichte. Die Erfahrungen der Vergangenheit berechtigten durchaus zu großen Erwartungen an die Prävention – sofern man die Schwerpunkte richtig setzt.

2 Gesundheitswissenschaftliche Ausgangspunkte

„Prävention“ bezeichnet das Anliegen, Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen zu vermeiden, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern (Walter et al. 2012, 196). In der Literatur hat sich dabei die Unterscheidung zwischen Prävention als pathogenetischem, auf die Reduktion krankmachender Faktoren gerichteten Ansatz, und Gesundheitsförderung als salutogenetischem, auf die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen gerichteten Ansatz, eingebürgert (siehe auch Kasten auf dieser Seite). Diese Unterscheidung ist theoretisch nur bedingt tragfähig, weil letztlich auch die Förderung von Ressourcen dort ansetzt, wo man einen Mangel an Ressourcen, also ein Gesundheitsrisiko, vermutet (Hafen 2004). Gesundheit in den Dimensionen zu fördern, in denen es gemäß der bekannten Definition der Weltgesundheitsorganisation um „mehr als die Abwesenheit von Krankheit“ geht, setzt ein konkret fassbares und allgemein akzeptiertes Bild positiver Gesundheit voraus, das es so nicht gibt.

Dessen ungeachtet macht die Unterscheidung zwischen Prävention und Gesundheitsförderung auf einen wichtigen Punkt bei der „Herstellung“ von Gesundheit aufmerksam: In

SALUTOGENESE

Der Begriff der Salutogenese geht auf den Stressforscher Aaron Antonovsky zurück. Er hat beobachtet, dass Menschen auch unter hohen Belastungen eher gesund bleiben, wenn sie ihre Situation in einen größeren Zusammenhang einordnen können, einen Sinn in ihrem Tun sehen und Einfluss auf ihre Situation nehmen können (Antonovsky 1997). Das Salutogenese-Konzept ist inzwischen auch empirisch überprüft worden. Es ist anschlussfähig an ähnliche theoretische Ansätze wie zum Beispiel das Konzept gesundheitsförderlicher Handlungsspielräume oder Theorien der Selbstwirksamkeit oder der Resilienz.

der Gesundheitsförderung hat man stets Wert darauf gelegt, Ziele und Maßnahmen gemeinsam mit den Menschen zu entwickeln, um die es jeweils geht. Gesundheitsförderung ist ein Ansatz, bei dem es ganz wesentlich darum geht, die eigene Gesundheit in die eigenen Hände zu nehmen. „Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde: in der Erarbeitung von Prioritäten, der Herbeiführung von Entscheidungen sowie bei der Planung und Umsetzung von Strategien. Die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung, ihre Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange zu stärken, ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung.“ So hatte es die Ottawa-Charta seinerzeit formuliert und damit den „Empowerment“-Gedanken in die Präventionsdebatte eingeführt, in bewusster Abgrenzung von herkömmlichen, paternalistischen, nur von Experten vorgezeichneten Präventionsansätzen. Im Folgenden wird hier von Prävention in einem Sinne gesprochen, der die Gesundheitsförderung einschließt.

Aus der medizinischen Tradition kommt die Einteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Die Primärprävention umfasst Maßnahmen vor Krankheitseintritt, zum Beispiel die Reduktion des Tabakkonsums, die Sekundärprävention zielt auf die Früherkennung von Krankheiten, zum Beispiel durch Screening-Untersuchungen, in der Tertiärprävention geht es um Maßnahmen gegen das Wiederauftreten oder die Verschlimmerung bereits manifester Erkrankungen.

Eine – wie der kurze historische Rückblick gezeigt hat – wichtige Sichtweise vermittelt das Begriffspaar Verhältnisprävention/Verhaltensprävention. Bei der Verhältnisprävention steht die gesundheitsgerechte Gestaltung der Lebensbedingungen im Mittelpunkt, die Verhaltensprävention umfasst Angebote zur Verbesserung des eigenen Gesundheitsverhaltens (Tabelle 1). Die Begriffe sind nicht trenn-

scharf, zum Beispiel können in einer Rückenschule im Betrieb auch ergonomische Probleme am Arbeitsplatz thematisiert werden, oder eine Laufsportgruppe kann sich für mehr Bewegungsflächen im Wohnumfeld einsetzen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, den die Gesundheitswissenschaften in den letzten 30 Jahren herausgearbeitet haben, ist die Bedeutung von Settings oder Lebenswelten. Auch wenn es oft naheliegend ist, an einzelnen gesundheitlichen Risikofaktoren, zum Beispiel dem Bluthochdruck oder der Adipositas anzusetzen, so hängt die Nachhaltigkeit von Präventionserfolgen doch vielfach von umfassenderen Veränderungen des Verhaltens und der Verhältnisse ab. Es wird leichter, sich mehr zu bewegen, wenn das Wohnumfeld be-

wegungsfreundlich gestaltet ist – das erreicht man nur in gemeinschaftlichen Aktivitäten auf der Gemeindeebene. Es wird leichter, dem Stress bei der Arbeit etwas entgegenzusetzen, wenn die Arbeit gut organisiert ist und kollegiale Hilfen verfügbar sind – das erreicht man nur mit allen Beteiligten im Betrieb zusammen. Es wird für Kinder leichter, sich gesunde Ernährungsgewohnheiten anzueignen, wenn in der Kita oder in der Schule nicht Süßigkeiten in der Pause und Fast Food zu Mittag dagegenstehen. Settings wie die Gemeinde, der Betrieb oder die Schule prägen unser Gesundheitsverhalten. Man muss sie mitverändern, wenn sich das Gesundheitsverhalten dauerhaft verändern soll – und das alles geht am besten gemeinsam mit den jeweils betroffenen Menschen. Zudem lässt sich über die Settings der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen besser entgegenwirken. Wenn man alle erreicht, erreicht man auch die sozial Benachteiligten, die über fast alle Krankheitsbilder und alle Lebensphasen hinweg ein höheres Gesundheitsrisiko tragen. Zwischen dem reichsten und dem ärmsten Einkommensviertel liegen derzeit in Deutschland etwa zehn Jahre Unterschied in der Lebenserwartung (*Lampert und Kroll 2010*).

Perspektivisch öffnet sich an solchen Stellen die Prävention zu einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, die in den verschiedenen Politikfeldern auf soziale und gesundheitliche Chancengleichheit achtet. Die Bildungspolitik ist dabei von besonderer Bedeutung, weil Bildung mehr denn je die persönlichen Lebensumstände beeinflusst. Soziale Benachteiligung, die hier nicht reduziert beziehungsweise die hier vielleicht sogar erst erzeugt wird, hat gesundheitliche Folgen, die durch Präventionsmaßnahmen im engeren Sinne kaum mehr auszugleichen sind.

Der Nutzen der Prävention ist inzwischen für viele Risikofaktoren, Krankheitsbilder und Interventionsformen belegt (siehe ausführlich zum Beispiel *Hurrelmann et al. 2010*). Nicht nur in der Vergangenheit, auch heute noch trägt die Prävention mehr zum Gewinn an Lebenserwartung bei als die kurative Medizin, wie vor kurzem eine Studie der OECD gezeigt hat. Sie schreibt etwa drei Fünftel des Gewinns an Lebenserwartung in den letzten 20 Jahren der Prävention im weiteren Sinne zu, positive Effekte der wirtschaftlichen Entwicklung eingeschlossen (*Joumard et al. 2008*). Dabei bestätigen zusammenfassende Evaluationsstudien (z.B. *Lüngen et al. 2009*) immer wieder, dass die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen, die nur das individuelle Verhalten beeinflussen wollen, oft nicht oder nicht gut belegt ist. Dies erklärt sich daraus, dass das Verhalten der Menschen immer auch ihre Lebensumstände reflektiert und im Rahmen von Präventionsmaßnahmen nicht einfach davon abgelöst werden kann. Allerdings stellen sich bei komplexen Interventionen in der Prävention besondere Evaluationshürden (*RKI/LGL 2012*). In gewisser Weise besteht die paradoxe Situation, dass die Evaluation von Präventionsmaßnahmen umso besser ge-

TABELLE 1

Beispiele für Verhältnis- und Verhaltensprävention

Verhältnisprävention

- Bildungsgerechtigkeit
- Beschäftigungssicherheit
- Krankenhaushygiene
- Wohnumfeldverbesserung
- Gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung
- Verkehrssicherheit
- Lebensmittelüberwachung
- Arzneimittelsicherheit
- Produktsicherheit
- Brandschutz

Verhaltensprävention

- Rückenschule
- Entspannungskurs
- Ernährungsberatung
- Suchtberatung
- Gesundheitscoaching
- Sexualaufklärung
- Laufsportgruppe
- Impfaufklärung
- Fahrsicherheitstraining

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

lingt, je wirkungsloser sie sind. Dennoch haben auch komplexere Interventionen nicht nur Augenscheinplausibilität auf ihrer Seite. Exemplarisch sei hier nur auf die Evidenz zur Wirksamkeit und Kosteneffizienz von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung hingewiesen. Eine Autorengruppe des BKK-Bundesverbands geht davon aus, dass die krankheitsbedingten Fehlzeiten damit um ein Viertel gesenkt werden können und ein Return on Investment von 1:2 bis 1:6 zu erreichen ist (Bödeker et al. 2009).

Eine gute Prävention, die dem Stand der Gesundheitswissenschaften entspricht, sollte somit Verhaltens- und Verhältnisprävention zusammenbringen, in Settings intervenieren und diese gemeinsam mit den Menschen verändern, die dort leben oder arbeiten.

3 Präventionsrealitäten in Deutschland

Prävention und Gesundheitsförderung gewannen in der akademischen Forschung und Ausbildung in Deutschland jenseits sektoral verselbstständigter Handlungsfelder wie etwa des Arbeitsschutzes im Grunde erst mit dem Aufbau der Public-Health-Forschungsverbände in den 1990er Jahren wieder an Bedeutung. Inzwischen ist hier ein breites wissenschaftliches Forschungsfeld entstanden, mit vielen forschenden Einrichtungen und vielen Studiengängen, regelmäßigen Fachtagungen und einer Reihe von einschlägigen Fachzeitschriften. Die darüber im Laufe der Jahre geschaffene gesundheitswissenschaftliche Erkenntnislage hat dazu geführt, dass heute auch politisch weitgehend Konsens darüber besteht, wie wichtig Prävention und Gesundheitsförderung für die

TABELLE 2

Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen im Zeitverlauf

Jahr	Gesundheitsausgaben (in Mio. €)	davon für Prävention/ Gesundheitsschutz (in Mio. €)	Anteil der Prävention an den Gesundheitsausgaben (in %)
1992	158.656	6.077	3,8
1993	163.104	6.524	4,0
1994	174.976	6.811	3,9
1995	186.951	7.399	4,0
1996	195.379	7.422	3,8
1997	196.363	6.820	3,5
1998	201.733	6.771	3,4
1999	207.261	7.146	3,4
2000	212.841	7.444	3,5
2001	220.788	7.814	3,5
2002	228.664	8.181	3,6
2003	234.488	8.642	3,7
2004	234.256	8.739	3,7
2005	240.434	8.883	3,7
2006	246.139	9.210	3,7
2007	254.436	10.108	4,0
2008	264.800	10.642	4,0
2009	279.041	10.987	3,9
2010	288.299	10.977	3,8
2011	293.801	11.082	3,8

Quelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen; IGL; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

Gesundheit der Bevölkerung sind und wie die Grundarchitektur einer Präventionsstrategie als gesamtgesellschaftliche Aufgabe auszusehen hätte. Dies zeigt die eingangs zitierte Begründung aus dem Entwurf des Präventionsförderungsgesetzes ebenso wie zum Beispiel die stets einstimmigen Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention. So hat die 84. Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2011 die Bundesregierung aufgefordert, „gemeinsam mit den Ländern Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig in allen Politikfeldern und Lebensbereichen fest zu verankern“. Die 81. Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2008 wies auf die Notwendigkeit hin, „gemeinsam mit der Bundesregierung an der Entwicklung einer vorrangig vom Gedanken der Prävention geprägten gesundheitspolitischen Gesamtstrategie für die Bundesrepublik Deutschland zu arbeiten, die sich über alle Politikfelder erstreckt, Prioritäten und Ziele benennt“. Die 77. Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2004 sprach davon, Prävention und Gesundheitsförderung „als eigenständige und mit Kuration, Rehabilitation und Pflege gleichrangige Säule im Gesundheitswesen zu etablieren“, und die 76. Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2003 forderte ganz ähnlich „einen Paradigmenwechsel, durch den der Prävention und Gesundheitsförderung ein zumindest gleichrangiger Stellenwert neben der Kuration und der Rehabilitation zugebilligt wird“.

In der Finanzmarktterminologie würde man sagen, Prävention und Gesundheitsförderung sind systemrelevant. Die

se Programmatik spiegelt sich in der Realität jedoch nicht wider. Der Anteil, den Prävention und Gesundheitsförderung an den Ausgaben im Gesundheitswesen haben, hat sich über alle Präventionsdebatten in den letzten 20 Jahren nicht verändert, er liegt nach wie vor bei rund vier Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben (Tabelle 2). Diese Zahl bezieht sich nicht nur auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, eingeschlossen sind auch die Präventionsausgaben der anderen Sozialversicherungszweige, des Staates und des privaten Sektors (Tabelle 3).

Dabei darf man zwar nicht übersehen, dass, wie dargestellt, nachhaltige präventive Effekte vielfach nicht im Gesundheitswesen, sondern in anderen Politikfeldern realisiert werden, zum Beispiel im Bildungswesen, in der Verkehrspolitik oder in der Stadtentwicklung. Des Weiteren werden in der Gesundheitsausgabenrechnung nicht alle für die Prävention relevanten Ausgaben der Prävention zugerechnet. Aber das Gesamtbild lässt doch die Schlussfolgerung zu, dass der so oft eingeforderte Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung zu einer eigenständigen Säule im Gesundheitswesen nach wie vor Programmatik und nicht Wirklichkeit ist.

Betrachtet man die Entwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung als Leistungsbereich des Gesundheitswesens und gesundheitsnaher Sektoren näher, so macht sich ein weiteres Defizit bemerkbar: Es gibt dazu keine guten Daten. In welchem Umfang etwa Wohlfahrtsverbände,

TABELLE 3

Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland nach Ausgabenträgern

	Jahr 2011		Jahr 1995	
	in Mio. Euro	in Prozent	in Mio. Euro	in Prozent
Ausgabenträger insgesamt	11.082	100,0	7.399	100,0
Öffentliche Haushalte	2.336	21,1	1.876	25,4
Gesetzliche Krankenversicherung	4.782	43,2	2.857	38,6
Soziale Pflegeversicherung	320	2,9	223	3,0
Gesetzliche Rentenversicherung	188	1,7	208	2,8
Gesetzliche Unfallversicherung	1.079	9,7	739	10,0
Private Krankenversicherung	165	1,5	78	1,1
Arbeitgeber	875	7,9	994	13,4
Private Haushalte/Organisationen	1.336	12,1	424	5,7

Quelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen: IGL, Grafik: G+G Wissenschaft 2013

Volkshochschulen oder Sportvereine Präventionsangebote machen, ist weitgehend unbekannt, zumindest sofern sie nicht über die Krankenkassen refinanziert werden (siehe dazu unten).

Nach einer großen bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung des Robert-Koch-Instituts (RKI) nahmen 2008/2009 etwa 16 Prozent der Erwachsenen in Deutschland an mindestens einer verhaltenspräventiven Maßnahme teil (*Jordan und v. d. Lippe 2012*). Dabei werden Angebote zur Bewegungsförderung am stärksten nachgefragt (Tabelle 4).

Kritisch zu sehen ist dabei, dass die in Evaluationsstudien immer wieder monierten strukturellen Ungleichheiten in der Inanspruchnahme solcher Angebote nach wie vor bestehen (*Jordan und v. d. Lippe 2012, 2 ff.*): Frauen nehmen mit rund 20 Prozent wesentlicher häufiger teil als Männer mit rund 11 Prozent – wobei bei den Bewegungsangeboten zu beachten ist, dass Männer häufiger anderweitig körperlich beziehungsweise sportlich aktiv sind, wie die RKI-Studie ebenfalls zeigt. Junge Erwachsene nehmen seltener teil als Erwachsene im mittleren Alter (Frauen) oder Ältere (Männer). Und besonders prekär: Die unteren Sozialstatusgruppen nehmen seltener teil, obwohl sie im Durchschnitt die höheren Gesundheitsrisiken tragen. Die bereits seit langem bekannte „Mittelschichtorientierung“ verhaltenspräventiver Angebote besteht weiterhin. Diese Daten belegen einmal mehr die Notwendigkeit einer handlungsorientierten Präventionsberichterstattung, damit auf der Basis eines Monitorings der Versorgungssituation zielgerecht geplant werden kann und Präventionsangebote nicht noch die bestehenden strukturellen Ungleichheiten verschärfen.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung nach Paragraph 20 Sozialgesetzbuch (SGB) V werden bereits seit einigen Jahren regelmäßig in Präventionsberichten dokumentiert. Dem GKV-Präventionsbericht 2012 ist zu entnehmen, dass die Krankenkassen für diese Leistungen im Jahr 2011 270 Millionen Euro ausgegeben haben (*MDS 2012*). Der GKV-Präventionsbericht erfasst jedoch nur die Präventionsleistungen, die 1988 mit dem damaligen Gesundheitsreformgesetz neu in das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen gekommen sind. Die Gesamtausgaben der Krankenkassen für die Prävention lagen, wenn man zum Beispiel Schutzimpfungen, die Zahnprophylaxe, Früherkennungsuntersuchungen und andere medizinische Präventionsleistungen hinzunimmt, im Jahr 2011 bei rund 4,8 Milliarden Euro (siehe Tabelle 3). Die Präventionsausgaben der privaten Krankenversicherung haben im Vergleich dazu einen recht bescheidenen Umfang – von verbuchungstechnischen Unterschieden einmal abgesehen ein Hinweis darauf, dass sich die Sachlogik hier nicht von allein durchsetzt, sondern gesetzliche Rahmenbedingungen nötig sind.

TABELLE 4

Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen

	Ernährung	Bewegung	Entspannung
Gesamt	5,0%	12,5%	4,5%
Frauen	5,8%	16,1%	6,0%
Männer	4,1%	8,6%	2,9%

Quelle: RKI, GEDA 2009; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

Mit den Leistungen gemäß Paragraph 20 SGB V haben die Krankenkassen im Jahr 2011 ausweislich ihres Präventionsberichts 4,9 Millionen Menschen erreicht. 23 Millionen Euro wurden in Settings wie Kitas und Schulen ausgegeben, 42 Millionen Euro in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Der größte Anteil der Ausgaben für Leistungen gemäß Paragraph 20 SGB V entfällt demnach auf individuelle Präventionsangebote, meist Gesundheitskurse. Bewegungskurse (73 Prozent der Kursangebote) und Stresspräventions- beziehungsweise Entspannungskurse (20 Prozent) stehen dabei im Vordergrund (*MDS 2012*). Bei den individuellen Angeboten der Krankenkassen finden sich die oben angesprochenen strukturellen Ungleichheiten der Inanspruchnahme wieder. Unter den Teilnehmern sind 79 Prozent Frauen. Auch eine Tendenz zur stärkeren Teilnahme Älterer zeigt sich. Von einer stärkeren Inanspruchnahme durch die Mittelschicht ist ebenfalls auszugehen, dazu liegen jedoch keine Daten vor. Settingansätze wirken solchen Selbstselektionseffekten entgegen. In Kitas und Schulen werden naturgemäß Kinder und Jugendliche beiderlei Geschlechts und aus allen sozialen Schichten erreicht. Etwa ein Viertel der Settingangebote der Krankenkassen fand laut Präventionsbericht zudem in sozialen Brennpunkten statt. In der betrieblichen Gesundheitsförderung lassen sich auch Männer, die gemeinhin als „Präventionsmuffel“ bezeichnet werden, gut erreichen: Dem Präventionsbericht zufolge waren 61 Prozent derer, die von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erreicht wurden, Männer. Allerdings kommen in der betrieblichen Gesundheitsförderung betriebswirtschaftlich motivierte Selektionsmechanismen zum Tragen. So richtet sich ein auffällig hoher Anteil der Angebote an die obere und mittlere Führungsebene, was einerseits unter dem Aspekt, Führungskräfte für die Prävention zu gewinnen, positiv zu sehen ist, andererseits auf eine sozial selektive Ausrichtung der Angebote hindeutet, zumal ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmer mit Migrationshintergrund eher unterrepräsentiert scheinen. Vertiefende Analysen dazu wären wünschenswert.

4 Transferprobleme der Prävention

Die Prävention in Deutschland ist durch eine massive Umsetzungslücke gekennzeichnet. Die historische Erfahrung zeigt, dass die Prävention ein hohes Potenzial zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung hat. Die Gesundheitswissenschaften haben in den letzten 30 Jahren viel Know-how zusammengetragen, wie man in der Prävention vorgehen sollte, um dieses Potenzial so weit wie möglich auszuschöpfen. Viele Modellprojekte haben gezeigt, wie gesundheitswissenschaftliches Wissen in die Praxis umzusetzen ist beziehungsweise welche wissenschaftlichen Schlussfolgerungen sich wiederum aus den Praxiserfahrungen ziehen lassen. Es gibt zu vielen Themen der Prävention Netzwerke, in denen Erfahrungen ausgetauscht und Kompetenzen kumuliert werden. Und auch in der Politik ist die Botschaft vom notwendigen Ausbau der Prävention angekommen. Trotzdem bleibt der immer wieder angemahnte präventionspolitische Aufbruch aus. 2005 und 2008 sind Entwürfe für ein Präventionsgesetz gescheitert. Im Frühjahr 2013 hat die Bundesregierung wieder einen Entwurf für ein Präventionsgesetz vorgelegt, noch kleiner dimensioniert als die beiden Vorläufer, noch stärker auf die Krankenkassen konzentriert. Wie damit die weitreichenden Ziele, die in der Gesetzesbegründung formuliert wurden, realisiert werden sollen, bleibt ein Rätsel. Seitens der Fachgesellschaften hat dieser Entwurf viel Kritik erfahren (siehe z. B. *Prävention 2013*), weil er programmatisch zu sehr auf eine individualistisch verstandene „Eigenverantwortung“ setzt, Prävention nicht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe konzipiert und stark zentralistische Züge hat. Regionale Belange spielen in dem Entwurf praktisch keine Rolle. Demgegenüber hatte die 84. Gesundheitsministerkonferenz der Länder im Jahr 2011 noch einmal betont, „dass der Erfolg von Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblich davon abhängig ist, in welchem Umfang auf den Ebenen Bund, Länder, Kommunen und Sozialversicherungsträger abgestimmt (...) gehandelt wird.“

Der Entwurf überging somit zunächst in wichtigen Eckpunkten den oben kurz skizzierten gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisstand. Um das Scheitern des Entwurfs im Bundesrat zu vermeiden, wurden im Juni 2013 durch Änderungsanträge der Regierungsfaktionen die sozialkompensatorische Zielsetzung der Prävention, die Lebensweltorientierung und die Orientierung am regionalen Bedarf gestärkt. Positiv zu werten waren bereits vorher die Einrichtung einer „Ständigen Präventionskonferenz“ beim Bundesgesundheitsministerium und die Erstellung eines regelmäßigen Präventionsberichts – beides wichtige Steuerungsinstrumente einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Prävention. Gleiches gilt an sich für die Ausrichtung der Prävention an Gesundheitszielen, allerdings ist die vorgesehene Bindung an die im Nationalen Gesundheitsziele-Prozess (www.gesundheitsziele.de) konkretisierten Gesund-

heitsziele bürokratisch einengend und inhaltlich auch nicht zweckmäßig, denn diese Ziele sind unter anderen als präventionssteuernden Gesichtspunkten verabschiedet worden. Auch andere Punkte des Gesetzentwurfs sind kritisch zu sehen, so dürfte zum Beispiel die Stärkung der Rolle der Ärzte in der Prävention in der Praxis zumindest nicht zeitnah umsetzbar sein, weil für eine qualifizierte ärztliche Präventionsberatung erst einmal Transparenz über das vorhandene Angebot hergestellt werden müsste. Das soll im Detail hier nicht weiter diskutiert werden. Derzeit ist offen, ob der Gesetzentwurf bis zum Ende der laufenden Legislaturperiode noch in Kraft treten kann oder der sogenannten „Diskontinuität“ verfällt, das heißt, der parlamentarische Prozess nach der Bundestagswahl 2013 neu beginnen müsste. Vom Finanzvolumen her wird das Gesetz, sollte es in Kraft treten, ohnehin eher symbolische Wirkung haben. Der notwendige präventionspolitische Aufbruch ist das noch nicht.

Die Situation erinnert an die tragische Geschichte des griechischen Helden Sisyphos. Sisyphos war ein Held der Prävention. Er hat Thanatos, den Gott des Todes, in Fesseln gelegt, sodass niemand mehr sterben musste. Diese präventive Utopie ist natürlich nicht von dieser Welt und sie war auch in der griechischen Mythologie nicht von Dauer. Thanatos wurde befreit, Sisyphos konnte ihn zwar noch einmal überlisten und ins Leben zurückkehren, aber bekanntlich wurde er von den Göttern dazu verdammt, für immer einen Stein einen Berg hinaufzuschieben, der, oben angekommen, wieder hinunterrollt, sodass er immer wieder von Neuem beginnen muss. In der Darstellung des französischen Philosophen Camus wird Sisyphos zum Helden des Umgangs mit der Absurdität des Lebens: Er nimmt sein Schicksal als Aufgabe an. „Wir müssen uns Sisyphos als glücklichen Menschen vorstellen“, heißt es bei Camus. Es scheint, als müsse man daraus auch Lehren für die Prävention ziehen.

Literatur

Antonovsky A (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Herausgegeben von A. Franke. Tübingen: DGVT

Bergdolt K (1999): Leib und Seele. Eine Kulturgeschichte des gesunden Lebens. München: C.H. Beck

Bödeker W, Kramer I, Sockoll I (2009): Rentable Investition oder soziale Norm? Zur Wirtschaftlichkeit betrieblichen Gesundheitsmanagements. Arbeit, Jg. 18, Heft 4, 340–352

Flügel A (2012): Public Health und Geschichte. Weinheim, Basel: Beltz, Juventa

Hafen M (2004): Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung. Prävention, Jg. 27, Heft 1, 8–11

Hurrelmann K, Klotz Th, Haisch J (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3. Auflage. Bern: Hans Huber

Jordan S, v. d. Lippe E (2012): Angebote der Prävention – Wer nimmt teil? Robert-Koch-Institut. GBE kompakt 5/2012

Joumard I, Andre C, Nicq C, Chatal O (2008): Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency. OECD Economics Department Working Papers, No. 627, OECD Publishing.

<http://dx.doi.org/10.1787/240858500130>

Mc Keown T (1982): Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis. Frankfurt: Suhrkamp

Lüngen M et al. (2009): Evidenz der Wirksamkeit internationaler Präventionsmaßnahmen und Auswirkungen auf ein deutsches Präventionsgesetz. Medizinische Klinik, Jg. 104, 101–107

Lampert T, Kroll LE (2010): Armut und Gesundheit. Robert-Koch-Institut. GBE kompakt 5/2010.

MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V., GKV-Spitzenverband) (Hrsg.) (2012): Präventionsbericht 2012. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2011. Essen, Berlin: MDS/GKV

RKI/LGL (Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit) (Hrsg.) (2012): Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Berlin: RKI

Prävention (2013): Der lange Weg zu einem Präventionsgesetz. Kommentar der Redaktion der Zeitschrift Prävention. Prävention, Jg. 36, Heft 1, 26

Walter U, Robra BP, Schwartz FW (2012): Prävention. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J et al. (Hrsg.). Public Health. München: Urban & Fischer, 196–223

DER AUTOR



Dr. P.H. Joseph Kuhn, Dipl.-Psych., Jahrgang 1958, Studium der Psychologie an der Freien Universität Berlin. Promotion in Public Health an der Universität Bremen. Von 1993 bis 1996 als Projektleiter beim Institut für Gesundheitsförderung in Berlin mit dem Schwerpunkt betriebliche Gesundheitsförderung, anschließend als Leiter

des Dezernats Gesundheits- und Sozialberichterstattung beim Landesgesundheitsamt Brandenburg. Seit 2003 Sachbereichsleiter Gesundheitsberichterstattung/Sozialmedizin/Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) beim Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit mit dem Arbeitsschwerpunkt Gesundheitsberichterstattung.