

Vorwort

Der umfassende und vielfältige Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention stellt ein wichtiges Handlungsfeld in der deutschen Gesundheitsversorgung dar und eröffnet angehenden Gesundheitswissenschaftlern ein breites Spektrum an beruflichen Perspektiven, in die sie bereits während ihrer Studienzeit interessante Einblicke erhalten können.

Aufgrund der Entwicklung eines eigenen Konzepts zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und dank des Kooperationsprojekts mit der Innungskrankenkasse Nord bietet der Fachbereich Gesundheit, Pflege und Management der Hochschule Neubrandenburg bereits seit mehreren Jahren die Möglichkeit, auf dem Gebiet der BGF wertvolle praktische Erfahrungen zu sammeln. Durch die Zusammenarbeit zwischen der IKK Nord und der Hochschule Neubrandenburg ist es gelungen, Praxis und Wissenschaft erfolgreich miteinander zu verknüpfen, wodurch eine – wie vom Gesetzgeber geforderte – qualitativ hochwertige betriebliche Gesundheitsförderung gewährleistet wird.

Daraus ergaben sich weiterführende konzeptionelle Überlegungen, wie auch bei der kassenseitig getragenen individuellen Gesundheitsförderung Qualität gesichert und zugleich Maßnahmen nach dem individuellen und setting-bezogenen Ansatz effizient aufeinander abgestimmt werden können.

Als Resultat entstand das in dieser Veröffentlichung vorgestellte Konzept des „Präventionscenters“, das in sich die Aufgaben der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung vereint und damit den § 20 SGB V praktisch umsetzt.

Als Organisationseinheit der Krankenkasse ist das Präventionscenter gleich in zweifacher Hinsicht als Schnittstelle zu verstehen: Einerseits erfolgt eine übergreifende Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen innerhalb der Krankenkasse. Andererseits koordiniert das Präventionscenter auch Aktivitäten von Forschungsprojekten zwischen Hochschule und Krankenkasse.

In dem vorliegenden Buch wird das Präventionscenter mit seinen verschiedenen Aufgaben ausführlich beschrieben und zugleich in einen umfassenden Überblick zur Prävention und Gesundheitsförderung integriert. Dabei werden sowohl theoretische Grundlagen und gesetzliche Anforderungen als auch der aktuelle Praxisstand, Projekte und auftretende Probleme dargestellt.

*Prof. Dr. Gabriele Claßen und Prof. Dr. Willi Neumann
Neubrandenburg*

1 Einführung

Demografischer Wandel und technischer Fortschritt beeinflussen das Gesundheitssystem ganz erheblich und lassen die Kosten weiter ansteigen, so dass die künftige Finanzierung fraglich ist.

Nach einer Studie der Bertelsmann Stiftung („Wegweiser Kommune“) aus dem Jahr 2008 wird der Anteil der 80-jährigen bis zum Jahr 2025 um 70 % ansteigen – damit würde sich der Anteil der Hochbetagten nahezu verdoppeln und mehr als 8 % der Gesamtbevölkerung ausmachen. Im Jahr 2025 wird die Hälfte aller Bundesbürger über 47 Jahre alt sein – Spitzenreiter ist Mecklenburg-Vorpommern: hier wird eine Zunahme der 80-jährigen um 114 % prognostiziert. Ebenso verändert sich die Altersstruktur der Erwerbstätigen bis zum Jahr 2025: Während sich die Gruppe der Älteren (45-64 Jahre) um 1,4 Mio. vergrößert, sinkt gleichzeitig der Anteil jüngerer potenziell Erwerbstätiger (25-44 Jahre) um 3,7 Mio. (vgl. Bertelsmann Stiftung, 2009).

Angesichts dieser weiter ansteigenden Überalterung der Bevölkerung und gleichzeitigen Verringerung der Zahl potenzieller Erwerbstätiger sollte alles getan werden, um den durchschnittlichen Gesundheitszustand der Menschen mit gezielter Prävention zu verbessern (vgl. Plamper et al., 2007, S. 378).

Die seit Januar 2009 in Kraft getretene Gesundheitsreform geht mit deutlichen Veränderungen einher: Die Errichtung des Gesundheitsfonds führte u. a. zu höheren Beiträgen für ca. 90 % der Versicherten. Die steigenden Beitragssätze sind allerdings unausweichlich aufgrund des technisch-medizinischen Fortschritts und der demografischen Entwicklung (vgl. Tremper, 2008).

Durch den einheitlichen Beitragssatz, der von der Regierung festgelegt wird, verlieren die Kassen ihre Beitragshoheit. Alle Beiträge werden in einen zentralen Fonds eingezahlt (Gesundheitsfonds), aus dem jede der gesetzlichen Kassen einen pauschalen Betrag je Versicherten erhält. Darüber hinaus gibt es sowohl Zu- als auch Abschläge, die vom Alter, Geschlecht und von der Morbidität abhängen (vgl. Tremper, 2008).

Damit ist der bisherige Risikostrukturausgleich (RSA) durch einen morbiditätsorientierten RSA abgelöst worden, bei dem der Gesundheitszustand der Versicherten berücksichtigt wird. Das geschieht, indem 80 Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen bestimmt werden. Kassen, die mehr ältere und kranke Versicherte haben, erhalten relativ mehr Geld aus dem Fonds als Kassen, die einen größeren Anteil gesunder und jüngerer Versicherter aufweisen. Der Wettbewerb zwischen den Kassen läuft nun nicht mehr über die Beitragshöhe sondern über die Zu- und Abschläge auf den gesetzlich festgelegten Einheitsbeitrag, entweder in Form von Bonuszahlungen an die Versicherten oder aber Zusatzbeiträgen. Darüber hinaus sind auch Zusatzleistungen ein Mittel zum Wettbewerb (vgl. Tremper, 2008).

Dies führt zu tendenziell weniger Krankenkassen bzw. Fusionen von Krankenkassen, weil eine größere Kasse u. a. eine bessere Risikostreuung aufweist (vgl. Tremper, 2008). Aufgrund von Fusionen sank die Zahl der Krankenkassen zum Januar 2010 auf 169 – das sind 33 weniger als im Vorjahr. Die derzeit größte Krankenkasse mit 8,5 Mio. Versicherten ist die Barmer-GEK (Zusammenschluss aus Barmer und GEK). Darüber hinaus sind auch Fusionen im Bereich der Allgemeinen Ortskrankenkassen sowie Betriebs- und Innungskrankenkassen vollzogen worden (vgl. Ärzte Zeitung und FAZ vom 11.01.2010).

Der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Manfred Erbsland bewertet die Zukunft der Prävention als ungewiss, da durch den Morbi-RSA für die Krankenkassen kein Anreiz mehr besteht, ihre Risikostruktur durch Präventionsmaßnahmen zu verbessern. Außerdem benötigen die Kassen für die Prävention die Unterstützung der Ärzte, denen allerdings die Leistungen der Kuration vergütet werden und nicht die der Prävention (vgl. Tremper, 2008).

Vor dem Hintergrund, dass in der Primärprävention, die als „zentrales Handlungsfeld der Gesundheitssicherung“ verstanden wird, noch immer eine erhebliche Unterversorgung festzustellen ist und sowohl Prävention als auch Gesundheitsförderung bislang äußerst unzureichend in der deutschen Gesundheitspolitik verankert sind (vgl. Sachverständigenrat, 2007, S. 83 u. Rosenbrock/Michel, 2007, S. 115), soll die nachfolgende Arbeit herausstellen, wie grundlegend die Bedeutung der

Prävention und Gesundheitsförderung für die gesamte Gesundheitsversorgung ist. Gleichzeitig werden die vielfältigen Ziele und Aufgabenbereiche ausführlich beschrieben, indem das Konzept eines Präventionscenters vorgestellt wird, das den gesetzlichen Präventionsauftrag der Krankenkassen praktisch umsetzt.

Dabei wird die Auffassung weiterer Autoren geteilt, dass die Forderung gerechtfertigt ist, die Prävention als gleichberechtigte Säule neben die Kuration zu stellen. Daraus würde sich die Notwendigkeit ergeben, die Finanzierung und Strukturen von Prävention neu zu ordnen. Folglich wäre die gesundheitliche Versorgungskette so umzustrukturieren, dass Gesundheitsförderung und Prävention zu integralen Bestandteilen des gesamten Versorgungsgeschehens werden, womit sich die Reichweite und Gewichtung dieser Versorgungssegmente vergrößern würden (vgl. hierzu auch Plamper et al., 2007, S. 372 u. Hurrelmann et al., 2007, S. 17).

2 Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesundheitsversorgung

2.1 Prävention und Gesundheitsförderung als komplementäre Strategien

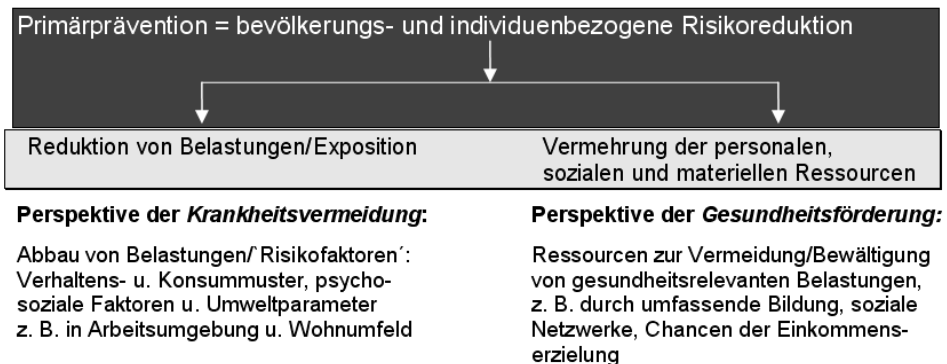
Der Begriff „**Prävention**“, welcher im Lateinischen verwurzelt ist und ‚zuverhüten‘ bedeutet, wurde in der Sozialmedizin des 19. Jahrhunderts geprägt im Zuge der Diskussion um soziale Hygiene und Volksgesundheit. Die Krankheitsprävention zielt im Wesentlichen darauf ab, das Auftreten von Krankheiten zu vermeiden und damit ihre Verbreitung zu verringern sowie ihre Auswirkungen auf Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung zu vermindern (vgl. Schmitt, 2007, S. 11 u. Hurrelmann et al., 2007, S. 11).

Wesentlich jünger hingegen ist der Begriff „**Gesundheitsförderung**“ (Health Promotion), der sich aus den gesundheitspolitischen Debatten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte und sich nach deren Konferenz im Jahre 1986 (Ottawa Charta) etablierte. Während in der Krankheitsprävention die Vermeidungsstrategie im Vordergrund steht, wird bei der Gesundheitsförderung eine Promotionsstrategie verfolgt, „bei der Menschen durch die Verbesserung ihrer Lebensbedingungen eine Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten erfahren sollen“ (Hurrelmann et al., 2007, S. 11). Gesundheitsförderung wird als Prozess verstanden, „der Menschen beim Aufbau und bei der Stärkung individueller gesundheitsbezogener Ressourcen und gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten unterstützt“ (Ministerium f. Soziales u. Gesundheit M.-V., 2008, S. 7).

Diese Ansätze sollten eingebettet sein in eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, die auf die Optimierung von Gesundheitsdeterminanten und die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten ausgerichtet ist. Gesundheitsförderung zielt auf ein höheres Maß an informierter und kompetenter Selbstbestimmung ab (vgl. Ministerium f. Soziales u. Gesundheit M.-V., 2008, S. 50).

Im Bereich der Prävention sind drei Formen zu unterscheiden:

Die **Primärprävention** „umfasst sowohl die Reduktion von Belastungen als auch die Stärkung von Ressourcen, um individuell und populationsbezogen das Risiko bzw. die Inzidenz einer Erkrankung (oder eines Unfalls) zu senken“ (Rosenbrock/Michel, 2007, S. 11; siehe hierzu auch Abb. 1). Durch die Beeinflussung der Krankheitsursachen soll das Auftreten von Neuerkrankungen verhindert werden (vgl. Troschke, 2008, S. 69).



Quelle: Rosenbrock/Michel, 2007, S. 11

Abbildung 1: Primärprävention als Risikoreduktion

Die **Ziele** der Primärprävention erstrecken sich auf:

- die Vermeidung, Verminderung oder zeitliche Verlagerung von Mortalität und Morbidität sowie damit verbundener Einbußen an Lebensqualität und Einschränkungen der Teilhabe am sozialen Leben (= 'intangible' Krankheitskosten)
- die Vermeidung, Verringerung und/oder Verzögerung direkter sowie indirekter Krankheitskosten (was u. a. den Erhalt bzw. die Erhöhung des Produktionspotenzials beinhaltet) sowie
- die Investition in Gesundheit, die aufgrund demografischer Entwicklungen ein zunehmend wichtiges Element des 'Humankapitals' wird (vgl. Rosenbrock/Michel, 2007, S. 3).

Maßnahmen der primären Prävention beinhalten:

- die Unterstützung bei der Modifikation individueller gesundheitsbezogener Verhaltensweisen;
- die Aufklärung über Kompetenzen zum individuellen Umgang mit Gesundheitsrisiken und –belastungen vor Krankheitseintritt sowie
- medizinische Maßnahmen zum Schutz gegen Gesundheitsrisiken und -belastungen

(vgl. Ministerium f. Soziales u. Gesundheit M.-V., 2008, S. 51).

Die **Sekundärprävention** „dient der Krankheitsfrüherkennung mit dem Ziel, durch eine frühzeitige, wirksame Intervention den Krankheitsprozess positiv zu beeinflussen“ (Troschke, 2008, S. 69). Damit soll das Auftreten manifester bzw. fortgeschrittener Erkrankungen oder Krankheitsstadien gesenkt werden (vgl. Rosenbrock/Michel, 2007, S. 2).

Die **Tertiärprävention** umfasst „die Behandlung einer Krankheit mit dem Ziel, ihre Verschlimmerung zu vermeiden oder zu verzögern“ (Rosenbrock/Michel, 2007, S. 2), wozu auch die Vermeidung oder Verminderung von Folgeschäden und Chronifizierungen sowie die Vorbeugung von „Rückfällen“ gehören (vgl. Ministerium f. Soziales u. Gesundheit M.-V., 2008, S. 52).

Sie wird oft auch in einem engeren Sinne mit der Rehabilitation gleichgesetzt, die auf die „Vermeidung, Linderung oder Kompensation von Einschränkungen und Funktionseinbußen, die aus einer Krankheit oder aus einem Unfall resultieren“ abzielt (Rosenbrock/Michel, 2007, S. 2).

Hierbei können weder trennscharfe Kategorien noch eine einheitliche Terminologie gebildet werden, was mit der Komplexität der Entstehung und des Verlaufs von Krankheiten zusammenhängt. So sind bei der Sekundär- und Tertiärprävention die Übergänge zur Kuration fließend (vgl. Rosenbrock/Michel, 2007, S. 3).

Präventionsmaßnahmen sind darauf ausgerichtet, Ausgangsbedingungen und Risiken für Krankheiten zu verhindern und abzuwenden, was die Kenntnis pathogenetischer Dynamiken erfordert (Entwicklungs- und Verlaufsstadien des indivi-

duellen und kollektiven Krankheitsgeschehens). Interventionen der Gesundheitsförderung zielen auf die Stärkung individueller Fähigkeiten der Lebensbewältigung und die Optimierung ökonomischer, kultureller, sozialer, bildungsbezogener und hygienischer Bedingungen der Lebensgestaltung von Bevölkerungsgruppen. Hierfür wird die Kenntnis salutogenetischer Dynamiken benötigt, d. h. über die Entstehung und Aufrechterhaltung von individuellen und kollektiven Gesundheitsstadien (vgl. Hurrelmann et al., 2007, S. 12).

Beide Interventionsformen orientieren sich an den gleichen Zielen, indem sie einen Gesundheitsgewinn erreichen wollen – allerdings mit unterschiedlichen Wirkungsprinzipien bzw. Strategien – weshalb sie sich ergänzen. Dementsprechend sollten sie in der Praxis nach ihrer Angemessenheit und Erfolgsaussicht eingesetzt werden (vgl. Hurrelmann et al., 2007, S. 14).

Die gleiche Auffassung vertreten auch Rosenbrock und Michel (2007): Prävention und Gesundheitsförderung streben die gleichen Ziele an, „wobei sich Prävention eher auf spezifizierbare Gefährdungen und Belastungen, Gesundheitsförderung eher auf die Vermehrung bzw. Verstärkung von protektiven Ressourcen bezieht“ (S. 12). Allerdings seien die Unterscheidungen zwischen Prävention und Gesundheitsförderung für die Praxis weniger bedeutsam – hier werden in aller Regel Interventionen der Belastungssenkung mit denen der Ressourcenförderung kombiniert (vgl. Rosenbrock/Michel, 2007, S. 12).

Ansatzpunkte für Prävention und Gesundheitsförderung liegen in der:

- Beeinflussung genetischer Dispositionen (prädiktive Diagnostik, genetische Interventionen);
- Stärkung physischer und psychischer Abwehrkräfte (Impfung, Vermittlung erfolgreicher Bewältigungsstrategien, z. B. bzgl. Konflikten);
- Ausschaltung bzw. Reduzierung potenziell pathogener Noxen (Verringerung gesundheitsriskanter Verhaltensweisen und Lebensbedingungen);
- Entwicklung gesundheitsfördernder Ressourcen sowie
- Veränderung der sozialen Lebensumwelt (vgl. Troschke, 2008, S. 46 f).

2.2 Verhaltens- und Verhältnisprävention sowie individueller und Setting-Ansatz

Sowohl in der Prävention als auch Gesundheitsförderung werden verschiedene Ansätze verfolgt, deren Maßnahmen einerseits auf das Individuum ausgerichtet sind (Verhaltensprävention und individueller Ansatz) oder sich andererseits an den Lebensbedingungen bzw. am Lebensumfeld orientieren (Verhältnisprävention und Setting-Ansatz).

Verhaltenspräventive Maßnahmen sind darauf ausgerichtet, „durch eine Veränderung gesundheitsrelevanter individueller Verhaltensweisen, gesundheitsbezogene Ressourcen und Fähigkeiten zu stärken und gesundheitliche Risiken zu vermindern“ (Ministerium f. Soziales u. Gesundheit M.-V., 2008, S. 52).

‘Reine’ Verhaltensprävention konzentriert sich auf menschliche Verhaltensweisen und weist keinen Bezug zu Kontext-, Rahmen- und Entstehungsbedingungen individueller Verhaltensweisen bzw. Konsummuster auf (z. B. Informations- und Edukationsmaßnahmen) (vgl. Rosenbrock/Michel, 2007, S. 6 f).

Hinsichtlich der nach wie vor bestehenden Dominanz von Ansätzen zur Verhaltensänderung, deren Interventionen z. B. als Trainingsverfahren in Gruppen durchgeführt werden, weist Faltermaier darauf hin, dass oftmals weder eine umfassende Analyse individueller Risiken und Ressourcen erfolgt, noch die gesundheitlichen Kompetenzen einer Person oder Gruppe systematisch berücksichtigt werden. „Eine subjekt- und kompetenzorientierte Gesundheitsberatung bei Erwachsenen würde das leisten können“ (Faltermaier, 2007, S. 79). Insofern kann die Wahrnehmung von Gruppenangeboten allein nicht als ausreichend angesehen werden, sondern ist durch professionelle Gesundheitsberatung zu ergänzen.

Gegenstand der *Verhältnisprävention* sind die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen, welche als grundlegende Rahmenbedingungen für die Gesundheitserhaltung und Krankheitsentstehung verstanden werden (vgl. Rosenbrock/Michel, 2007, S. 5 f).

Mit dem *Setting-Ansatz* können diese gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen verbessert werden, und er vereinigt unterschiedliche Interventionsformen, d. h. Verhältnis- und Verhaltensprävention sowie Gesundheitsförderung (vgl. Rosenbrock/ Michel, 2007, S. 5 f).

Unter einem *Setting* ist „ein durch formale Organisation, regionale Situation und/oder gleiche Lebenslage und/oder gemeinsame Werte bzw. Präferenzen definierter und den beteiligten Personen subjektiv bewusster sowie dauerhafter Sozialzusammenhang“ (Rosenbrock/Michel, 2007, S. 6) zu verstehen. Vom Setting gehen wichtige Impulse auf die Gesundheitswahrnehmung, Gesundheitsbelastungen und/oder -ressourcen aus (vgl. Rosenbrock/Michel, 2007, S. 6).

Beim Setting-Ansatz geht es darum, „das Gesundheitsverhalten und die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen von Menschen im Rahmen sozialer Organisationen über einen längeren Zeitraum hinweg positiv und nachhaltig zu beeinflussen“ (Troschke, 2008, S. 79). Die Partizipation der Zielgruppe an diesem Prozess spielt eine wichtige Rolle: als aktiv Handelnde werden die Betroffenen an der Planung und Realisierung von Angeboten beteiligt. Sie sollen Lebenskompetenzen erwerben und befähigt werden, ihre gesundheitsbezogenen Interessen stärker wahrzunehmen (vgl. BZgA, 2007, S. 359). Die nachfolgende Abbildung 2 veranschaulicht, auf welchen Ebenen im Setting angesetzt werden kann.

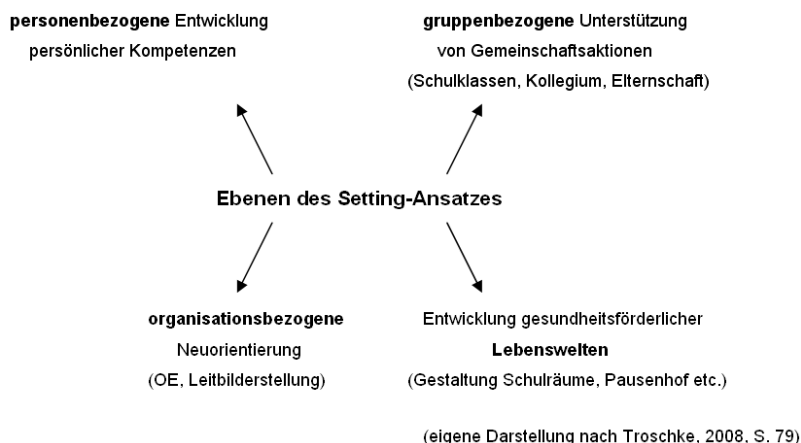


Abbildung 2: Ebenen des Setting-Ansatzes

Die Zielgruppen für Gesundheitsförderungsprojekte können nach verschiedenen Kriterien ausgewählt werden:

- Altersgruppen mit erhöhten Risiken (z. B. Säuglinge, Kinder, Hochbetagte);
- Bevölkerungsgruppen in Lebensphasen mit erhöhten Risiken (u. a. Schwangere und pflegende Angehörige);
- vulnerable und sozial benachteiligte Personengruppen (z. B. Arbeitslose, Obdachlose und Migranten);
- Bevölkerungsgruppen mit spezifisch höheren Krankheitsrisiken (u. a. für Rückenprobleme, Herz-Kreislauferkrankungen oder Osteoporose)

(vgl. BZgA, 2001, S. 27).

In der Praxis wird der Einsatz ‘verhältnisgestützter’ Verhaltensprävention befürwortet:

Das ist auf der **individuellen Ebene** z. B. der „präventive Hausbesuch“, da hier zu individuellen Lebensbedingungen und –stilen beraten wird (vgl. Rosenbrock/Michel, 2007, S. 7).

Auf der **Setting-Ebene** wird differenziert zwischen:

- *‘Gesundheitsförderung im Setting’*, wo ein Setting als Zugangsweg für bestimmte Zielgruppen genutzt wird und Informationsvermittlung sowie Beratung zu einzelnen Gesundheitsthemen im Vordergrund stehen. Dieser Ansatz zielt allerdings nicht primär auf die Weiterentwicklung des Kontextes (vgl. Rosenbrock/Michel, 2007, S. 7 u. 24).
- Ein erweiterter Ansatz ist das *‘gesundheitsfördernde Setting’*, bei dem verhaltens- und verhältnispräventive Bestandteile mit dem Aspekt der Ressourcen- und Kompetenzentwicklung kombiniert werden. Sie werden in einen Prozess der Organisationsentwicklung integriert, der durch den Einsatz partizipativer Elemente die besondere Situation, Interessen, Problemwahrnehmung sowie den Kenntnisstand der Angehörigen der Zielgruppe erfassen will (vgl. Rosenbrock/Michel, 2007, S. 7 u. 24). Damit soll erreicht werden, „einen Bezug zu den aus der Perspektive der Zielgruppe relevanten Problemen zu gewährleisten und auf diese Weise ge-

zielt gesundheitliche Belastungen zu mindern, Ressourcen zu vermehren und letztendlich die Wahrscheinlichkeit gesundheitsdienlicher Verhaltensweisen, Lebens- bzw. Arbeitsstile zu erhöhen“ (Rosenbrock/Michel, 2007, S. 24).

Auf der **Bevölkerungsebene** wird verhältnisgestützte Verhaltensprävention z. B. durch Anti-Tabak-Kampagnen umgesetzt, die verhältnispräventive Interventionen enthalten (Abbau Zigarettenautomaten; Nutzung Tabaksteuer für Prävention usw.) (vgl. Rosenbrock/Michel, 2007, S. 7).

2.3 Prävention und Gesundheitsförderung als gesetzlicher Auftrag der GKV

Seit 1976 ist in der Gesundheitspolitik die Phase der Kostendämpfung beobachtbar, die das Ziel verfolgt, die Ausgabenexpansion zu begrenzen, was u. a. mit einem stagnierenden Wirtschaftswachstum und steigenden Arbeitslosenzahlen einhergeht (vgl. Mosebach et al., 2007, S. 245).

Mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1988 erhielten die GKV erstmals die Aufgabe, primärpräventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen durchzuführen. Die Krankenkassen hatten u. a. die Verpflichtung zur Aufklärung ihrer Versicherten über Gesundheitsgefährdungen und zur Verhütung von Krankheiten, wobei sie die Möglichkeit erhielten, mit Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung bzgl. arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zusammenzuarbeiten. Darüber hinaus konnten die Kassen Ermessensleistungen zur Erhaltung bzw. Förderung der Gesundheit und Krankheitsverhütung in ihre Satzung aufnehmen und mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens (Kassenärztliche Vereinigung, Gesundheitsämter, BZgA) kooperieren (vgl. Mosebach et al., 2007, S. 345 ff).

Im Jahr 1992 wurde durch das Gesundheitsstrukturgesetz eine solidarische Wettbewerbsordnung mit dem Ziel der Beitragsstabilität und stärkerer Effizienzorientierung der Krankenkassen eingeführt (vgl. Mosebach et al., 2007, S. 345).

Während ab 1997 im Zuge des Beitragsentlastungsgesetzes die Maßnahmen des Gesundheitsreformgesetzes weitgehend zurückgenommen wurden, erfolgte mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz im Jahre 2000 eine erneute Verankerung der primärpräventiven Interventionen als Regelleistung der Krankenkassen (vgl. Mosebach et al., 2007, S. 349). Im Jahr 2004 folgte das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), wodurch die Kassen verschiedene Bonusregelungen für gesundheitsbewusstes Verhalten treffen können, z. B. im Rahmen von individueller und betrieblicher Gesundheitsförderung (§ 65 a SGB V).

Gemäß dem SGB V bieten die gesetzlichen Krankenkassen Leistungen im Bereich der

- **Primärprävention**, d. h. Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung (z. B. Präventionskurse, BGF und medizinische Vorsorgeleistungen wie die zahnmedizinische Prophylaxe);
- **Sekundärprävention**, d. h. Früherkennung von Krankheiten (z. B. Krebsvorsorgeuntersuchungen für Erwachsene) sowie
- **Tertiärprävention**, d. h. Maßnahmen der Rehabilitation (z. B. Reha-Sport und Patientenschulungen für chronisch Kranke)

an.

Darüber hinaus ist im § 20 SGB V geregelt, dass die GKV auch Selbsthilfegruppen, Organisationen und Kontaktstellen fördert, die sich mit Prävention von Versicherten befassen.

Organisatorische Rahmenbedingungen

Die Aufgabe der Gesundheitsförderung wird von vielfältigen Trägern übernommen: Neben staatlichen Einrichtungen (BZgA) existiert eine Vielzahl örtlicher und kommunaler Initiativen. Größter Träger ist die GKV, gefolgt von privaten und öffentlichen Haushalten sowie Arbeitgebern (vgl. Mosebach et al., 2007, S. 347).

Außerdem haben sich auf nationaler Ebene verschiedene Organisationen, Vereine und Verbände, die in der Prävention und Gesundheitsförderung tätig sind, zur gemeinsamen Interessenvertretung in Dachverbänden zusammengeschlossen: Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG), die 2007 mit dem Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung fusionierte, hat ihre Tätigkeitsschwerpunkte in der Organisation eines jährlichen „Kindersicherheitstages“, „Weltgesundheitstages“ sowie weiterer Aktionen bzgl. Tabakkonsum, Mund-Zahn-Gesundheit, Gesund Altern sowie das Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (vgl. Troschke, 2008, S. 190).

Weitere Dachverbände sind die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., die Deutsche Gesundheitshilfe e. V. (DGH) und Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG Selbsthilfe) (vgl. Troschke, 2008, S. 190 f).

Grundsätzlich wird Gesundheitsförderung nach dem *Setting-Ansatz* durch die Krankenkassen nur dann unterstützt, wenn die Setting-Träger „einen angemessenen Anteil an Eigen-/Drittmitteln – auch in Form geldwerter Leistungen – in die Aktivitäten einbringen und weitere für die Settings verantwortliche Partner inhaltlich und finanziell eingebunden sind“ (vgl. Arge der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008 a, S. 13). Die Maßnahmen müssen darüber hinaus weitere Förderkriterien erfüllen, wie z. B. die Erreichung sozial benachteiligter Zielgruppen, Qualitätssicherung, die Anwendung des Empowerment-Konzepts, die dauerhafte Verstetigung des Prozesses sowie die verstärkte Vernetzung mit Institutionen (vgl. Arge der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008 a, S. 26).

Die settingbezogene Gesundheitsförderung sollte die folgenden sieben Stufen durchlaufen (vgl. Arge der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008 a, S. 27):

1. **Bedarfsermittlung** (Analyse zur Erhebung von Belastungsschwerpunkten, Veränderungsbedarf und –potentialen der betroffenen Gruppen);
2. **Zielformulierung** (Einigung über prioritäre Ziele und Ergebnisparameter);
3. **Zielkonkretisierung** (in Form von Interventionen);
4. **Aufgabenverteilung** (Festlegung der Rollen, die Akteure, Kooperationspartner und Finanziere bei der Interventionsgestaltung einnehmen, Finanzierung sowie Zeitplanung);
5. **Einigung über Qualitätsmanagement** (Vereinbarungen über Dokumentation und Bewertung der Maßnahmen);
6. **Durchführung** (der geplanten Interventionen);
7. **Evaluation** (Beurteilung der Durchführung und Wirksamkeit von Maßnahmen, auch unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit).

Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen

Unterschiedliche Gesundheitschancen lassen sich teilweise damit begründen, dass Gesundheitsbelastungen und gesundheitsrelevante Ressourcen unterschiedlich verteilt sind. Eine wichtige Rolle spielen hier Umwelteinflüsse (Arbeits-

und Wohnbedingungen, natürliche Umwelt usw.); personale Ressourcen (physische und psychische Verfassung; Bildung); soziale Ressourcen (soziale Unterstützung und soziale Netzwerke); materielle Ressourcen (Einkommen und Vermögen), Verhaltensweisen, Konsummuster und Lebensstile (vgl. Rosenbrock/Michel, 2007, S. 18).

„Soziale Benachteiligung ist abhängig von der gegebenen gesellschaftlichen Situation und den damit verbundenen individuellen Möglichkeiten. Unter Benachteiligung ist zu verstehen, dass die Chancen von Einzelnen, ein bestimmtes Ziel zu erreichen, aufgrund von Faktoren, die sie selbst nicht oder kaum beeinflussen können, stark gemindert werden“ (BZgA, 2007, S. 359).

Im Verhältnis zu Angehörigen statushöherer Sozialschichten zeigt sich bei Personen, die statusniedrigeren sozialen Schichten angehören, dass sie:

- tendenziell höheren Belastungen ausgesetzt sind (z. B. psychosoziale Faktoren und Umwelteinflüsse);
- häufiger gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen entwickeln;
- allerdings gleichzeitig weniger Ressourcen bzw. Bewältigungsstrategien aufweisen (vgl. Rosenbrock/Michel, 2007, S. 18).

Folglich kann das Problem der „sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen“ nicht auf einzelne kausale Ursachen reduziert werden, sondern ist auf eine Vielzahl möglicher Wirkungskanäle zurückzuführen (vgl. Rosenbrock/Michel, 2007, S. 18).

Der Paragraph 20 SGB V verpflichtet die Krankenkassen, mit primärpräventiven Maßnahmen auch zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit beizutragen. Daraus ergibt sich für Angebote der GKV, dass diese sich auch an sozial benachteiligte Zielgruppen richten sollen, wobei insbesondere folgende Personengruppen bei der Interventionsplanung zu berücksichtigen sind:

- Personen mit geringem Einkommen (u. a. Sozialhilfeempfänger u. deren Familienangehörige),

- Personen, die eine niedrige Schulbildung besitzen und geringe Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben (Personen ohne Hauptschulabschluss, ungelernte Arbeiter usw.),
- weitere überdurchschnittlich belastete Personengruppen wie Alleinerziehende, kinderreiche Familien, Behinderte, Langzeitarbeitslose, Obdachlose etc.

(vgl. Rosenbrock/Michel, 2007, S. 22 f).

Bisher waren die Krankenkassen diesbezüglich sehr zurückhaltend aufgrund des Wettbewerbs um „gute Risiken“ (vgl. Kolip, 2007, S. 391). Da im Zuge der Gesundheitsreform der morbiditätsorientierte Gesundheitsfonds eingeführt wurde und die Kassen nun finanzielle Zuweisungen für kranke Versicherte erhalten, bleibt abzuwarten, inwiefern sich hier ggf. ein Wandel zeigen wird.

Nach wie vor bleibt dann aber noch die Frage ungeklärt, wie sozial schwache Zielgruppen, denen häufig andere Anliegen wichtiger sind als die eigene Gesundheit, überhaupt erreicht werden können (vgl. Kolip, 2007, S. 391).

Als eher ungeeignet erscheinen hier Informations-, Beratungs- und Trainingsangebote, die überwiegend in 'Komm-Strukturen' (z. B. in Einrichtungen der Krankenkassen) sowie in Kursform als 'verhaltensorientiertes Gruppentraining' angeboten werden, da ihnen jeglicher Kontextbezug fehlt. Solche Angebote wurden nachweislich überproportional von sozial und gesundheitlich weniger belasteten Bevölkerungsgruppen in Anspruch genommen. Angehörige unterer Sozialschichten bzw. Menschen in schwierigen Lebenslagen haben es häufig schwerer, geeignete Kurse zu finden, diese durchzuhalten und das theoretisch angeeignete Wissen in ihrem Alltag umzusetzen, im Vergleich zu Angehörigen höherer Sozialschichten (vgl. Rosenbrock/ Michel, 2007, S. 23).

Um sozial benachteiligte Personengruppen besser zu erreichen und dem Ziel, sozial bedingte Unterschiede zu verringern, näher zu kommen, sind v. a. Interventionen nach dem Setting-Ansatz in Betracht zu ziehen, die in Schulen und anderen Bildungseinrichtungen, privaten und öffentlichen Betrieben/Verwaltungen sowie Kommunen mit Fokus auf 'soziale Brennpunkte' erfolgen können. Der Set-

ting-Ansatz ermöglicht einen relativ einfach zu organisierenden und weitgehend diskriminierungsfreien Zugang zu verschiedenen Zielgruppen und vereint verhältnis- und verhaltenspräventive Elemente (vgl. Rosenbrock/Michel, 2007, S. 23 f).

Kosten und Finanzierung der Prävention

Bereits an den Ausgaben ist erkennbar, dass die Prävention bisher nicht annähernd den gleichen Stellenwert wie die Kuration in der gesetzlichen Krankenversicherung hat. Im Jahr 2008 betrugen die Gesamtausgaben für Gesundheit 263,2 Milliarden Euro – der größte Ausgabenträger war die GKV mit 151,5 Mrd. Euro (das sind 6,1 Mrd. Euro mehr als im Jahr 2007). Von den Gesamtausgaben entfielen lediglich 4 % (10,7 Mrd. Euro) auf Prävention und Gesundheitsschutz. Die GKV stellt auch hier den größten Ausgabenträger dar mit 5,2 Mrd. Euro, gefolgt von öffentlichen Haushalten (knapp über 2 Mrd. Euro) sowie GUV und privaten Haushalten mit jeweils ca. einer Milliarde Euro. Die höchsten Gesundheitsausgaben in Deutschland entfallen auf die ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen sowie die Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln (vgl. Statistisches Bundesamt, 2010, S. 260 f).

Welcher Sozialversicherungsträger die jeweiligen Präventionsmaßnahmen finanziert, richtet sich danach, wer das finanzielle Risiko bei Misslingen der Prävention trägt. Allerdings sind sowohl das finanzielle Risiko als auch der finanzielle Nutzen nicht immer eindeutig zuzuordnen. Insbesondere bei Interventionen der Primärprävention ist ein finanzieller Nutzen erst auf lange Sicht zu erzielen (vgl. Plamper et al., 2007, S. 370).

Häufig ist eine Mischfinanzierung von Projekten der Primärprävention (in nicht betrieblichen Settings) zu finden. Im Jahr 2008 erfolgten in 67 % der Fälle die Maßnahmen in Kooperation. Partner sind z. B. Gesundheits-, Sozial- u. Bildungseinrichtungen; Vereine/Verbände; Unternehmen; öffentliche Verwaltungen/ Institutionen; wissenschaftliche Einrichtungen, Gesundheitsämter, Unfallversicherungen, Sportvereine sowie niedergelassene Ärzte (vgl. MDS, 2009, S. 51 f).