

Klaus Hurrelmann Theodor Klotz Jochen Haisch
Herausgeber

Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung

4., vollständig überarbeitete Auflage



HUBER



Arzneimittelversorgung und die ambulante ärztliche Versorgung. Auch die Gesamtausgaben im Infrastruktursektor Gesundheit, welche die Ausgaben der öffentlichen Haushalte und der Arbeitgeber mit aufnehmen, dokumentieren das Übergewicht der Segmente Kuration und Therapie, in welchen auch die professionell einflussreichsten Berufsgruppen arbeiten (Rosenbrock und Michel 2007). Gleichwohl steht Deutschland mit diesen Trends im internationalen Vergleich nicht schlecht da. Durch neue Initiativen versucht der Gesetzgeber auch seit einiger Zeit, das Budget für Prävention und Gesundheitsförderung aufzustocken (Stöckel und Hirschberg 2010).

- Die rechtlichen Rahmenregeln übertragen die Zuständigkeit für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung in Deutschland schwerpunktmäßig den Krankenkassen. Basis für das Handeln der Krankenkassen sind die Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (SGB). Nach §1 SGB V hat die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das Krankenkassenversicherungsgesetz von 1883 sieht die zentrale Aufgabe der Krankenkassen in der Bereitstellung von Finanzmitteln für ärztliche Hilfe und Medikamente für kranke Versicherte. Die Krankenkassen sollen, wie ihr Name sagt, erst tätig werden, nachdem Einschränkungen und Probleme der Lebensbedingungen zu einer Krankheit geworden sind. **Strukturell sind Krankenkassen also nicht auf Aufgaben der Prävention vorbereitet.**

Als Reaktion hierauf wurden im Rahmen mehrerer **Gesundheitsreformen** und der damit verbundenen Novellierung des Sozialgesetzbuches (SGB) die Aufgaben der Krankenkassen zur Prävention in den letzten 15 Jahren kontinuierlich erweitert. Inzwischen liegen detaillierte Leitfäden für die Arbeit in diesem Bereich vor (GKV-Spitzenverband 2010). Danach sollen die Krankenkassen Leistungen der primären Prävention unterstützen, die den allgemeinen

Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen (Rosenbrock und Gerlinger 2013). Die Finanzierung dieser Leistungen erfolgt im Wesentlichen über Abgaben nach §20 des SGB V, die von den Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden müssen. Erfolgs- und Qualitätsüberprüfungen sind eingeleitet worden (Kolip und Müller 2009).

Grenzen der kurativen Ausrichtung des Versorgungssystems

Ob durch diese Akzentsetzungen tatsächlich eine Neuausrichtung des Versorgungssystems hervorgehen kann, ist noch nicht absehbar (Kirch, Badura und Pfaff 2007). Aus der Logik des traditionell auf Krankheitsheilung ausgerichteten Gesundheitssystems in Deutschland ergibt sich eine klare Schwerpunktsetzung, die **Therapie und Kuration in den Mittelpunkt der Versorgung** stellt. Entsprechend lässt sich der Ist-Zustand des Versorgungssystems in Deutschland wie in **Abbildung 1** grafisch darstellen. Nach traditioneller Vorstellung bilden die einzelnen Versorgungssegmente eine Abfolge von Schritten in einem hypothetischen Krankheitsverlauf. Die in der Abbildung zum Ausdruck gebrachte Größe eines Segments symbolisiert sein jeweiliges Gewicht im Versorgungssystem.

Die angesprochenen Bemühungen der Gesundheitspolitik, das Gewicht von Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken, ergeben sich aus der Erkenntnis, dass die traditionelle Ausrichtung des Versorgungssystems auf Kuration und Therapie nicht mehr lange aufrechterhalten werden kann.

Neben den finanziellen Belastungen, die eine immer komplexere Therapie mit sich bringt, sind vor allem die **Veränderungen im Krankheitspektrum** Anlass für eine unausweichliche Umstellung der Gesundheitspolitik. In allen westlichen Gesellschaften, auch durch die steigende Lebenserwartung mit bedingt, wächst der Anteil von Langzeiterkrankungen («chronischen Krankheiten»):

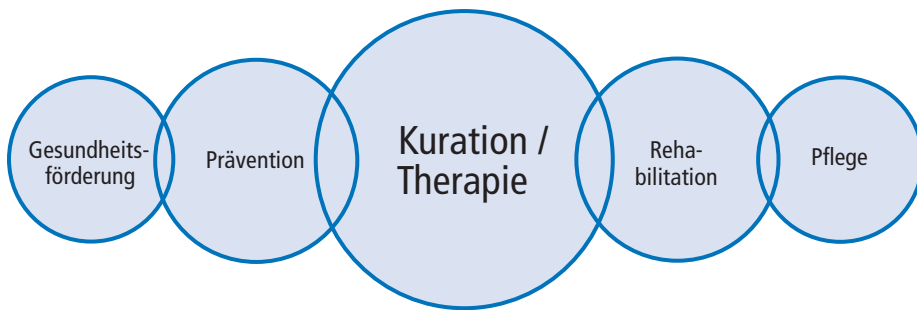


Abbildung 1: Vereinfachte Darstellung des Ist-Zustandes der Gewichte der einzelnen Versorgungssegmente des Gesundheitssystems

- **Chronische Krankheiten** sind durch kurative Intervention nur wenig zu beeinflussen, weil sie nach dem heutigen Stand der Forschung **nicht heilbar** sind. Die demografische Entwicklung verschärft die Situation dramatisch. Voraussichtlich werden im Jahr 2025 fast 30 % der Bevölkerung in den Industrienationen über 65 Jahre alt sein. Diese Alterung der Bevölkerung zieht mit den altersassoziierten Erkrankungen (insbesondere der Demenz) erhebliche soziale Probleme und finanzielle Belastungen nach sich (Schaeffer und Büscher 2009).
- Chronische Krankheiten führen zu einem dauerhaften Verwiesensein der Patientinnen und Patienten auf das gesundheitliche Versorgungssystem, das Sozialsystem und das persönliche soziale Umfeld. Entsprechend wird es in den nächsten Jahrzehnten zu einem **steigenden Versorgungsbedarf** bei den vorherrschenden chronischen Krankheiten kommen, vor allem bei Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebserkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, obstruktiven Lungenerkrankungen und Demenz, die oft zusammen auftreten (Multimorbidität) (Robert Koch-Institut 2012).

Die Anforderungen, die sich aus der Verschiebung des Krankheitspanoramas hin zu den chronischen Erkrankungen ergeben, lassen sich strukturell durch eine auf Kuration und Therapie ausgerichtete Gesundheitsversorgung nicht erfüllen. Sie verlangen eine Verbindung aller Segmente miteinander und eine erheblich

stärkere Verankerung von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Viele der heute vorherrschenden chronischen Krankheiten treten in Kombination miteinander auf und sind zu einem großen Teil auf identische Risikofaktoren zurückzuführen. Eine ständig gesteigerte Investition in die Einzelbehandlung dieser chronischen Krankheiten ist zwar äußerst kostenintensiv, aber oft nicht wirkungsvoll, weil bei Fortbestehen der Risikofaktoren die eine durch eine andere chronische Krankheit «abgelöst» werden kann. Auch besteht bei einer Verstärkung von Investitionen in die Kuration und Therapie die Gefahr, dass diejenigen Bevölkerungsgruppen hiervon besonders profitieren, die einen leichten Zugang zum Versorgungssystem haben. Hierdurch kann sich die ohnehin schon bestehende Ungleichheit des Gesundheitsstatus zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen weiter verstärken (Richter und Hurrelmann 2009).

Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in die Gesundheitsversorgung

Es spricht vieles dafür, dass sich durch die Integration von Prävention und Gesundheitsförderung in die Versorgung die Effektivität der Gesundheitsversorgung und damit das **Niveau der Gesundheitsqualität der gesamten Bevölkerung erhöhen** lassen (McQueen, Kickbusch, Potvin et al. 2007). Werden sie in die Gesundheitsversorgung integriert, können die am meisten verbreiteten Krankheiten, die «großen Killer» der heutigen Zeit, gemeinsam ge-

drosselt werden. So kann das Risiko sowohl für Herz-Kreislauf- als auch Krebserkrankungen, teilweise zusätzlich noch für Erkrankungen der Atemwege, der Verdauungsorgane und des Muskel-Skelett-Systems, durch eine bessere Ernährung, mehr Bewegung, Tabakabstinenz, die Vermeidung von Übergewicht und ein strukturiertes Entspannungsverhalten reduziert werden.

Setzt das Versorgungssystem aber stattdessen nur auf Behandlung dieser Erkrankungen, nachdem sie ausgebrochen sind und sich verfestigt haben, kann das Ziel eines verbesserten Gesundheitszustandes der gesamten Bevölkerung und vor allem der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen nur schwer erreicht werden. So lebt ein vom Herzinfarkt geheilter Patient noch lange genug, um einen Schlaganfall zu erleiden. Wird der Herzinfarkt statt durch eine erfolgreiche Behandlung aber durch eine verbesserte Prävention verhindert, sinkt gleichzeitig auch das Risiko für einen Schlaganfall. Gelingt es, Übergewicht durch eine gezielte Prävention zu vermeiden, sinkt nicht nur das Risiko für Diabetes mellitus, sondern auch für Herz-Kreislauf-Störungen wie etwa arterielle Verschlusskrankheiten.

Dennoch ist durch Gesundheitsförderung und Prävention nicht eine unbegrenzt erhöhte Lebenserwartung bei völliger Gesundheit zu erreichen. Es gilt die alte Weisheit: «Jeder Mensch muss irgendwann sterben.» Die entscheidende Frage ist, ob durch Gesundheitsförderung und

Prävention am Ende eines möglichst langen und gesunden Lebens eine «Morbiditätskompression» erreicht werden kann. Es gibt Hinweise, dass durch eine solche Verschiebung von schweren chronischen Krankheiten in die allerletzten Lebensjahre die davor liegenden Zeit mit hoher Lebensqualität möglich ist (DKG 2013).

Ein Idealmodell der gesundheitlichen Versorgung

Prävention und Gesundheitsförderung gehören aus diesen Gründen als integraler Bestandteil mit in ein modernes gesundheitliches Versorgungssystem. Sie erhöhen im Zusammenspiel mit Kuration/Therapie, Rehabilitation und Pflege, den anderen wichtigen Segmenten der Versorgung, die Gesundheitsqualität der Bevölkerung, messbar etwa an der Lebensdauer und an der subjektiven Einschätzung der Qualität der Gesundheit.

In **Abbildung 2** wird der wünschenswerte Idealzustand der gesundheitlichen Versorgungsstruktur gezeigt, der **Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention als integralen Bestandteil des gesamten Versorgungsgeschehens** aufnimmt. Im Kontrast zu **Abbildung 1** wird deutlich: Kuration und Therapie bilden wie bisher das zentrale Segment, allerdings sind sie eng sowohl mit Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung als auch Rehabilitation und Pflege verknüpft. Alle um Kuration und Therapie herum gruppierten

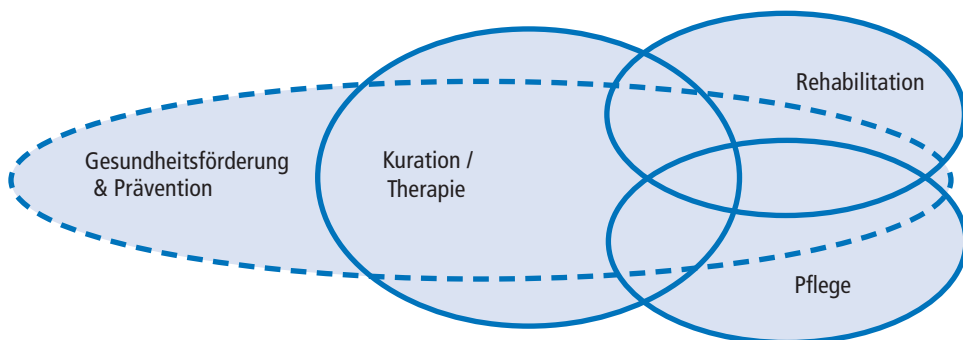


Abbildung 2: Vereinfachte Darstellung des Soll-Zustands der einzelnen Versorgungssegmente des Gesundheitssystems

Versorgungssegmente sind in diesem Modell nicht mehr voneinander getrennt, sondern bilden ein eng verflochtenes Gesamtsystem. Gesundheitsförderung und Prävention sind nach diesem Modell eine konstitutive Komponente aller übrigen Versorgungssegmente.

Gesundheitspolitische Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung

Eine gesundheitspolitische Stärkung der Rolle von Prävention und Gesundheitsförderung ist nur im Rahmen eines umfassenden Konzepts der Sozial- und Gesellschaftspolitik zu verwirklichen. Dazu müssen neben dem Gesundheitssystem auch andere Politikbereiche wie Wirtschaft, Arbeit, Bildung, Wissenschaft, Umwelt, Städtebau, Verkehr und Verbraucherschutz berücksichtigt werden («Intersektoraler Ansatz»). Darüber hinaus darf die Finanzierung nicht überwiegend bei den Sozialversicherungsträgern verbleiben, sondern muss verstärkt auch aus Steuern von Bund, Ländern und Gemeinden ergänzt werden (Rosenbrock und Gerlinger 2013).

Inwieweit sich Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Gesundheitssystem weiter durchsetzen werden, hängt nicht zuletzt davon ab, ob es gelingt, ihren politischen und wirtschaftlichen Nutzen nachzuweisen. Ein wichtiger Aspekt ist dabei der bereits erwähnte immer wichtiger werdende **Ausgleich gesundheitlicher Ungleichheit nach sozialer Lebenslage**. Hier stehen wir in den nächsten Jahren vor großen Herausforderungen:

- Durch Prävention und Gesundheitsförderung potenziell beeinflussbare Erkrankungen und deren Risikofaktoren kommen besonders häufig bei **Menschen mit niedrigem sozialem und ökonomischem Status** vor. Das Problem von Präventionsprogrammen ist aber, dass sie vor allem von den Bevölkerungsgruppen genutzt werden, welche sozial besser gestellt sind. Sie verfügen über

einen höheren Bildungsgrad und sind sensibel für Angebote, die sie leistungsfähiger und resilienter machen. Menschen in benachteiligter sozialer Lebenslage werden demgegenüber durch Präventionsprogramme schlecht erreicht. Es kann von einem veritablen «Präventionsdilemma» gesprochen werden, weil gerade diejenigen Gruppen, die von Vorbeugung besonders profitieren, am schwersten erreicht werden. Strategien mit einer **klaren Zielgruppenausrichtung** auf die Lebenslage und Herkunft der jeweiligen Bevölkerungsgruppe haben ambivalente Resultate gezeigt, weil es dadurch zu unbeabsichtigten Stigmatisierungen gekommen ist. Aussichtsreicher erscheinen Ansätze, die in der sozialräumlichen Lebenswelt der Bevölkerungsgruppen verankert sind und von diesen selbst mit gestaltet werden (setting approach) (Hurrelmann und Richter 2013, S. 197).

- Hiermit hängt die Eigenverantwortung eines Menschen für die Aufrechterhaltung seiner Gesundheit und den Umgang mit einer Krankheit zusammen. Die Kompetenz, auf eigene Initiative Informationen über Ursachen und Verläufe von Krankheiten und Anleitungen für den Umgang mit ihnen zu erschließen (health literacy), wird wegen des Voranschreitens von chronisch-degenerativen Krankheiten immer wichtiger. Auch diese Kompetenz ist ungleich in der Bevölkerung verteilt und bei sozial benachteiligten Gruppen unzureichend entwickelt. Deswegen stellt sich die Herausforderung, Ärzte, Therapeuten und andere Gesundheitsprofessionelle darin zu schulen, ihre Klienten auf die Eigenverantwortung als «mündiger Patient» vorzubereiten und bei Bedarf unterstützende Leistungen anzubieten. Erste systematische Ausbildungsprogramme hierfür befinden sich in Erprobung (Haisch 2012).

Prüfungsfragen

1. Definieren Sie den Begriff «Krankheitsprävention».
2. Definieren Sie den Begriff «Gesundheitsförderung».
3. Inwiefern sind Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Interventionsformen?
4. Welches sind die Gemeinsamkeiten der beiden Interventionsformen?
5. Wie lassen sich die strukturellen Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland beschreiben?
6. Welche Rolle spielen die Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland?
7. Welche Argumente sprechen für eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung im Versorgungssystem?
8. Wie könnte ein Prävention und Gesundheitsförderung integrierendes Versorgungssystem in Deutschland aussehen?
9. Welche Ansätze sind nötig, um die Benachteiligung von Menschen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status in der Gesundheitsversorgung auszugleichen?
10. Vor welchen gesundheitspolitischen Herausforderungen stehen Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung?

Zitierte Literatur

- Abholz, H.H. (2006): Prävention in der Medizin. Prävention und Gesundheitsförderung 1, 51–56.
- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey Bass (deutsch: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt).
- Becker, P. (1997): Prävention und Gesundheitsförderung. In R. Schwarzer (Hg.): Gesundheitspsychologie, 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 517–534.
- Bödecker, W./Kreis, J. (Hg.) (2006): Evidenzbasierung in Gesundheitsförderung und Prävention. Bremerhaven: WNW.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2011) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. 2. Auflage. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- DKG (2013): Deutscher Krankenhausreport 2013. Berlin: DKG.
- Franke, A. (2012): Modelle von Gesundheit und Krankheit. 3. Auflage. Bern: Huber.
- Froom, P./Benbassat, J. (2000): Inconsistencies in the classification of preventive interventions. Preventive Medicine 31, 153–158.
- GKV-Spitzenverband (2010): Leitfaden Prävention. Berlin: GKV.
- Haisch, J. (2009): Prävention. In J.M. Fegert/A. Streek-Fischer/H.J. Freyberger (Hg.): Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Stuttgart: Schattauer, 574–589.
- Haisch, J. (2012): Der mündige Patient und sein Arzt. Heidelberg: Asanger.
- Haisch, J./Hurrelmann, K./Klotz, T. (Hg.) (2006): Medizinische Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber.
- Hurrelmann, K./Richter, M. (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. 8. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.
- Hurrelmann, K./Laaser, U., Richter, M. (2012): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann/O. Razum (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa, 661–691.
- Jeffery, R.W. (1997): Risikoverhalten und Gesundheit. In: R. Weitkunat/J. Haisch/M. Kessler (Hg.): Public Health und Gesundheitspsychologie. Bern: Huber, 126–129.
- Jerusalem, M./Weber, H. (Hg.) (2003): Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention. Göttingen: Hogrefe.