

Themen dieser Ausgabe:

Gesundheitssysteme in Europa: Das finnische Gesundheitssystem

Seite 1

Shared Decision Making

Seite 3

(K)ein Präventionsgesetz

Seite 4

Kurz vorgestellt – Publikationen und Webadressen, die sie kennen (lernen) sollten

Seite 5

Eigentlich sollte das Gesetzgebungsverfahren für das Präventionsgesetz im Sommer abgeschlossen sein, damit es im Herbst in Kraft treten kann. Unklar ist derzeit, wann es soweit sein wird. Ungetrübt der Verzögerung wird aber schon öffentlich darüber diskutiert, ob in Zukunft 140 (Bundesgesundheitsministerin Schmidt) oder vielleicht doch nur 50 Millionen Euro (NRW Ministerin Fischer) auf Bundesebene ausgegeben werden sollen von den Mitteln, die den gesetzlichen Krankenkassen für diese Leistung zur Verfügung stehen.

In diesem Newsletter wird die Reihe „Gesundheitssysteme in Europa fortgesetzt mit der Darstellung eines weiteren skandinavischen Landes: Finnland. Ab der nächsten Ausgabe werden die Systeme der neuen EU Mitgliedstaaten vorgestellt.

Mit Shared Decision Making wendet sich der Newsletter innovativer Modelle zur Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung zu.

Wir wünschen unseren Lesern viel Spaß bei der Lektüre und freuen uns weiterhin über Leserzuschriften, Hinweise auf Themen und Veranstaltungen oder Rückmeldungen zu den Artikeln an die [Redaktion](#).

Der nächste IPG-Newsletter Gesundheitsförderung erscheint wieder im September und kann abonniert werden durch einen Eintrag in unseren [Verteiler](#).

Zu Unrecht. Denn neben den klassischen Reformfeldern wie Vergrößerung der Eigenverantwortung (durch Erhöhung der Zuzahlung) und Ausgliederung bestimmter Leistungen aus der Grundversorgung setzt Finnland langfristig auf Interventionen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung, die in politischen Zielvorgaben und Programmen fest verankert sind.

Seit Beginn der neunziger Jahre ist die Ausgabenentwicklung im finnischen Gesundheitswesen relativ konstant. Die Gesundheitsausgaben erhöhten sich von 8,3 auf 8,7 Mrd. Euro. Mit einem Anteil von 6,6% am Bruttoinlandsprodukt (BIP) lag Finnland damit im Jahr 2000 deutlich unterhalb des Durchschnitts der EU-Mitgliedsstaaten.

Die wichtigsten Herausforderungen der Zukunft für das finnische Gesundheitssystem sind vergleichbar mit denen anderer europäischer Industrienationen: Sicherstellung der Gesundheitsfürsorge für eine immer älter werdende Bevölkerung bei abnehmender Erwerbsbevölkerung und gleichzeitig zu erwartender insgesamt steigender Gesundheitsausgaben.

Grundlegende Prinzipien

Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ist in Finnland Aufgabe der staatlichen Behörden. Mit angemessen sozialen, gesundheitsrelevanten und medizinischen Leistungen sowie der

18.-19.06. 2004

3. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung „Versorgung chronisch Kranker: Patientenorientierung, Qualitätsentwicklung und Gesundheitsförderung“ Ort: Bielefeld [[Mehr dazu](#)]

23.06.2004 [17.00 -19.00 Uhr]

31. Berliner Krankenhaus-Seminar: Neue Herausforderungen für das Krankenhausmanagement. Integrierte Versorgung und praktische Umsetzung. Ort: TU Berlin, Mathematik-Gebäude, Raum MA 042, Straße des 17. Juni 136, 10623 Berlin. [[Mehr dazu](#)]

24.06.2004 [09.00 –16.30 Uhr]

Konferenz Betriebliche Gesundheitsförderung. Für eine (Weiter-)Beschäftigung älterer Arbeitnehmerinnen.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Nestorstraße 23-25, 10709 Berlin [[Mehr dazu](#)]

22.–25.09.2004

Wissenschaftliche Jahrestagung 2004 der DGSM. Gesundheit – Wirtschaftlichkeit und Gerechtigkeit.

Ort: Campus im Herrenkrug der HS Magdeburg-Stendal [[Mehr dazu](#)]

Förderung der öffentlichen Gesundheit soll die gesamte Bevölkerung versorgt werden.

Die Organisation der Gesundheitsleistungen fällt dabei in die Zuständigkeit der knapp 450 Gemeinden. Das öffentliche Gesundheitssystem wird im Wesentlichen über Steuern, teils aus kommunalem, teils aus staatlichem Steueraufkommen, finanziert. Der Zuschuss aus staatlichen Steuermitteln an die Gemeinden bemisst sich in erster Linie an der Altersstruktur in den Gemeinden. Darüber hinaus werden aber auch Kriterien wie die Arbeitslosenrate, Anzahl der Invalidenrenten und die Bevölkerungsdichte als Kriterien berücksichtigt.

Neben den Leistungen der Gemeinde gibt es in Finnland eine obligatorische Krankenversicherung für alle Bürger, in die sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer einzahlen. Nach dem Prinzip der Kostenerstattung werden z.B. verschriebene Medikamente und Krankenhaustransporte übernommen sowie Einkommensausfälle bei Krankheit und Entschädigungen für Elternschaftsurlaub ausgeglichen.

Medizinische Versorgung

Die Grundversorgung wird in Gesundheitszentren erbracht. Der Begriff kennzeichnet eine regional tätige Organisation oder Einheit, die die Grundversorgung der Bevölkerung mit präventiven, kurativen und Vorsorgeleistungen sicherstellt. Die landesweit etwa 270 Gesundheitszen-

Gesundheitssysteme in Europa: Das finnische Gesundheitssystem

■ Guido Grunenberg

Mit der Betrachtung des finnischen Gesundheitssystems findet die Serie zu Gesundheitssystemen in Europa ihre Fortsetzung.

Finnland steht mit seinem Gesundheitssystem im Gegensatz zu den in den letzten Ausgaben des Newsletters analysierten Ländern wie Schweden, Frankreich, der Schweiz oder den Niederlanden eher für bedachte, weitsichtige Reformen und findet vielleicht aus diesem Grund weniger Beachtung, wenn es darum geht, Reformschritte in ihrer Übertragbarkeit auf hiesige Verhältnisse zu untersuchen.

tren sind entweder in Besitz einer oder mehrerer Gemeinden.

Das Personal umfasst dabei Allgemein- und Fachärzte, Krankenschwestern, Hebammen, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Psychologen, Verwaltungsangestellte etc., die alle bei der Gemeinde angestellt sind. Das Leistungsspektrum der Gesundheitszentren ist entsprechend umfangreich, variiert jedoch mit Blick auf die Bevölkerungsdichte. In entlegenen, bevölkerungsarmen Gebieten werden lediglich Angebote der Basis- und Notfallmedizin vorgehalten. Die Leistungen eines Gesundheitszentrums erstrecken sich auf ambulante und stationäre Versorgung, Präventivleistungen, zahnärztliche Versorgung, Leistungen bei Mutterschaft und für Kinder, medizinische Versorgung von Schulkindern, Leistungen für Senioren und bei Pflegebedürftigkeit, Familienplanung, Physiotherapie und betriebsärztliche Leistungen. Der Gesetzgeber sieht dabei allerdings keine genaue Definition vor, wie die Leistungen zu erbringen sind. Dieses liegt allein im Ermessen der Gemeinden, die zunehmend auch bestimmte Leistungen auf dem Privatsektor einkaufen.

Die Arbeitgeber in Finnland sind verpflichtet, eine betriebliche Gesundheitsfürsorge für ihre Mitarbeiter anzubieten, die sowohl von Gesundheitszentren als auch von Privatärzten durchgeführt werden kann. Die betriebliche Gesundheitsversorgung hat einen präventiven Auftrag. Die Krankenversicherung erstattet dem Arbeitgeber 50% der angemessenen und notwendigen Kosten der Gesundheitsversorgung. Der Arbeitnehmer erhält die Leistungen unentgeltlich. Arbeitgeber und Arbeitnehmer tragen zur Finanzierung des Systems durch ihre Beiträge bei.

Die sekundäre und tertiäre Versorgung wird in Krankenhäusern ambulant oder stationär von Fachärzten erbracht. Finnland ist in 20 Krankenhausbezirke eingeteilt und verfügt über 5 Universitätskliniken, 15 zentrale Krankenhäuser und 40 Fachkliniken. Die Finanzierung wird ebenso von der Gemeinde übernommen. Im Bereich der Pflege ist eine starke Verlagerung der Leistungen in den ambulanten Sektor zu beobachten, Angebote an häusliche Pflege-, Tages- und Teilzeitpflegeeinrichtungen wurden ausgebaut

Finanzierung

Die Gesundheitsleistungen werden in Finnland überwiegend aus Steuermitteln finanziert. Darüber hinaus zahlen Patienten einen Eigenanteil für Konsultationen in Gesundheitszentren, Krankenhäusern und bei Zahnbehandlungen. Ca. 40% der Kosten werden erstattet. Durch die Eigenbeteiligung der Patienten werden ca. 9% der staatlichen Gesundheitsausgaben finanziert.

Die Gemeinden setzen den jeweiligen Eigenanteil fest, der einen Betrag von 590 Euro pro Jahr nicht überschreiten darf. Die darüber hinausgehenden Kosten werden übernommen, wobei Leistungen bei Pflegebedürftigkeit ausgeschlos-

sen sind. Der Höchstbetrag für eine Krankenhausbehandlung beträgt 22 Euro, ambulant chirurgische Eingriffe kosten 72 Euro und der Eigenanteil für Konsultationen in Gesundheitszentren liegt bei 11 Euro für die ersten drei Besuche im Kalenderjahr. Ambulant verordnete Arzneimittel werden zum Teil erstattet, stationär erfolgt die Vergabe unentgeltlich.

Die Krankenversicherung wird zu ähnlichen Teilen durch die Arbeitgeber, die Arbeitnehmer und staatliche Zuschüsse finanziert. Der Arbeitgeberanteil liegt bei 1,6% der Löhne und Gehälter, der der Arbeitnehmer bei 1,5% des steuerpflichtigen Einkommens. Der Beitrag der Rentner liegt bei 0,4% des Renteneinkommens.

Bewertung

Die im EU-Vergleich eher unterdurchschnittlichen Gesundheitsausgaben Finnlands (bezogen auf deren Anteil am BIP) haben im Wesentlichen zwei Gründe. Nach kräftigen Anstiegen der Gesundheitsausgaben zu Beginn der neunziger Jahre wurden in Finnland gravierende Änderungen der Finanzstruktur im gesamten Gesundheitswesen vorgenommen, ähnlich dem Muster, wie sie jetzt auch in Deutschland umgesetzt werden. Während die staatlichen Zuschüsse an die Gemeinde stetig gekürzt wurden und somit der Anteil der Ausgaben, der von den Gemeinden getragen werden musste, entsprechend anstieg, wurden gleichzeitig die Patienten mit zunehmenden Eigenanteilen belastet.

Die kontinuierliche Reduzierung der Gesundheitsausgaben zwischen 1990 und 2000 gelang dabei insbesondere durch eine drastische Reduzierung der Krankenhauskapazitäten. Der rein betriebswirtschaftlich sinnvolle Ansatz der Verlagerung in den ambulanten Sektor ging allerdings zu Lasten der Versorgungsqualität. Auch in Finnland sind daher erhebliche Wartezeiten in der (fach-)ärztlichen Versorgung in den Gesundheitszentren die Folge, die etwas geringer sind als beim skandinavischen Nachbarn Schweden.

Neben diesen schon fast obligatorischen Ansätzen der Ausgabensenkung sind in Finnland auch langfristige gesundheitspolitische Entwicklungsziele zu beobachten, die ihren Fokus auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität unter Berücksichtigung demographischer, sozialpolitischer und vor allem gesundheitsförderlicher Aspekte richten.

Die feste Verankerung der betrieblichen Gesundheitsförderung als Leistung der Krankenversicherung ist nur ein Beispiel dafür, mit Prävention und Gesundheitsförderung positive Anreize und Akzente zu setzen, die sich für alle Beteiligten auszahlen.

In verschiedenen Regierungsprogrammen wurden darüber hinaus u.a. Zielstellungen für das finnische Gesundheitssystem bis 2015 formuliert und kontinuierliche weiterentwickelt. Auch

hier liegt ein Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung. Unter Einbeziehung von Bereichen, die außerhalb des traditionellen Gesundheitsbegriffs liegen wie Lebensstile, Lebensumfeld oder Qualität von Erzeugnissen, erarbeiten interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppen anhand konkreter Fragestellungen und akuten Problemen weitere flankierende Maßnahmen, um die Qualität im finnischen Gesundheitssystem zu verbessern.

Informationen zu internationalen Vergleichen und zum finnischen Gesundheitssystem:

http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/index_de.html
<http://www.bundesaerztekammer.de/25/10Intern/BAEKIntern/19BAEKIntern200307.pdf>
<http://www.aekno.de/htmlja-va/i/themenmeldung.asp?id=413&jahr=2003>

Shared Decision Making

■ Siegfried Dierke

„Shared decision making“ (SDM) ist ein im deutschen Gesundheitssystem noch recht jung und wenig entwickelter Versorgungsansatz. Ausgangspunkt ist die Frage, welche Rolle den PatientInnen im medizinischen Entscheidungsprozess zukommen soll. SDM will die Beteiligung der PatientInnen am Behandlungsgeschehen fördern. Im folgenden Artikel werden die Voraussetzungen beschrieben, die für die Interaktion zwischen PatientInnen und ÄrztInnen geschaffen werden müssen, damit sich beide Seiten wirklich partnerschaftlich mit ihrer jeweiligen Perspektive und Kompetenz einbringen können. Außerdem werden Chancen und Auswirkungen von SDM beleuchtet sowie Hürden und Grenzen des Konzepts benannt.

"Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess" - unter diesem Titel fördert das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung seit 3 Jahren mit über 3 Mio. Euro 10 anwendungsorientierte Forschungsprojekte. Diese untersuchen modellhaft die Voraussetzungen für eine partnerschaftliche und gleichberechtigte Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) bei unterschiedlichen Krankheitsbildern und erheben die Auswirkungen auf Behandlungsverlauf, -erfolg und -kosten. Ende März fand in Freiburg eine Tagung zum Thema „Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen“ statt. Im Mittelpunkt standen die Zwischenberichte der Modellprojekte sowie die Präsentation weiterer Initiativen und Umsetzungsstrategien. Es sind derzeit also ernsthafte Bemühungen zu beobachten, den international schon weiter verbreiteten SDM-Ansatz nun auch hierzulande umzusetzen und die Einsatzmöglichkeiten im deutschen Gesundheitssystem zu erproben.

Bislang ist das medizinische Behandlungsgeschehen oftmals noch stark geprägt durch ein paternalistisches Verhalten der ÄrztInnen: Diagnose und Therapie werden von den BehandlerInnen in mehr oder weniger empathischen Beratungen festgelegt. Gründe für die Nichtbefolgung des ärztlichen Therapieplans durch die PatientInnen liegen z.B. im mangelnden Verständnis der Zielsetzungen der Intervention oder möglicher Konsequenzen der Nichtbefolgung des Therapieplans. Möglich sind aber auch unterschiedliche Einschätzungen über die Erkrankung bzw. eine mögliche Therapie bzw. die Anpassung einer Behandlung an die Bedürfnisse der PatientInnen.

Shared Decision Making (SDM) sieht hingegen vor, dass ÄrztInnen und PatientInnen in gleichberechtigter Weise zu Behandlungsentscheidungen beitragen: Die ÄrztInnen mit ihrem professionellen Fachwissen und ihrer Erfahrung haben dabei die zusätzliche Aufgabe, eine Gesprächssituation herzustellen, die die PatientInnen zur Entwicklung einer eigenen Sichtweise befähigt. Die PatientInnen hingegen bringen ihre persönliche Lebenssituation, Präferenzen, Ängste, Bedenken und Erwartungen bezüglich Behandlungsergebnis bzw. Risiken oder unerwünschten Nebenwirkungen ein, aber auch (insbesondere die chronisch Kranken) ein großes spezielles Wissen und Krankheitsverständnis, das oft nicht mit dem der BehandlerInnen übereinstimmt. Nach einem Abgleich der unterschiedlichen Perspektiven ist dann gemein-

sam eine Entscheidung über den einzuschlagenden Behandlungsweg zu treffen, ohne dass den PatientInnen die ärztliche Sichtweise aufgedrängt wird.

Als Voraussetzung für diese gleichberechtigte Kommunikation müssen den PatientInnen Informationen und Entscheidungshilfen (Merkmale, Videos, Internet etc.) zur Verfügung gestellt werden, die unverzerrt und in gut verständlicher Sprache Chancen und Risiken unterschiedlicher Behandlungsoptionen darlegen. Zudem müssen z.B. durch Rollenspiele bzw. Gesprächsübungen bei PatientInnen die Bereitschaft und Kompetenz gefördert werden, persönliche Vorlieben, Wünsche und Ängste den ÄrztInnen gegenüber offen zu legen und auch die Verantwortung für eine gemeinsam getroffene Entscheidung mit zu tragen. Durch spezielle Interaktionstrainings müssen die ÄrztInnen ermutigt werden, traditionelle Rollen zu verlassen, eigene Zweifel und Unsicherheiten eingestehen zu können und ggf. konkurrierende Wertvorstellungen und Wünsche der PatientInnen zu berücksichtigen, auch wenn diese nicht den eigenen Vorstellungen entsprechen.

Noch liegen nicht viele gesicherte Erfahrungen zur Umsetzung von SDM vor, doch zeichnet sich ab, dass die Informationsbedürfnisse von PatientInnen und deren Wünsche nach Entscheidungsbeteiligung sehr unterschiedlich ausgeprägt sind. Als Variablen sind hier insbesondere Alter und Geschlecht, Art der Behandlung (stationär / ambulant), aber auch Chronizität und Schwere der Erkrankungen zu erwähnen. Ein einheitliches Modell zur Beteiligung am medizinischen Entscheidungsprozess kann daher nicht allen PatientInnengruppen in jeder Lebenslage und Erkrankungssituation gerecht werden.

Ebenso scheint die Bereitschaft der PatientInnen zur Verantwortungsübernahme deutlich geringer zu sein als der geäußerte Aufklärungsbedarf. Darüber hinaus gibt es signifikante Diskrepanzen zwischen Fremd- und Selbsteinschätzung der ÄrztInnen bezüglich der Partnerschaftlichkeit ihres praktizierten Verhaltens in der Arzt-Patient-Interaktion.

Es darf auch nicht außer Acht gelassen werden, dass nicht nur Informationsgefälle und mangelnde Kommunikationsfähigkeit bzw. -bereitschaft eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung „auf gleicher Augenhöhe“ verhindern können. Zweifelsohne nämlich wird das Behandlungsgeschehen von ökonomischen Inter-

essen überlagert oder teilweise sogar bestimmt, ohne dass dies für die Behandelten transparent ist. Neben der mit den PatientInnen diskutierten Einschätzung der Behandlungsoptionen haben z.B. Fragen der Abrechnungsfähigkeit, Budgetierung, Möglichkeit des Einsatzes eigener technischer Geräte oder Labors und auch das verfügbare Zeitbudget einen großen Einfluss auf die Therapievorschlüsse der BehandlerInnen. Das vorhandene Machtgefälle zeigt sich ggf. auch bei der im wirtschaftlichen Eigeninteresse der ÄrztInnen praktizierten Verweigerung einer Überweisung, wovon PatientInnen in Beratungsstellen berichten. Allein durch eine veränderte Kommunikation zwischen Ärztinnen und PatientInnen wird dieses Machtverhältnis nicht aufgehoben.

Doch trotz der Begrenztheit der „Gleichberechtigung“ im Arzt-Patient-Verhältnis gibt es Widerstände gegen SDM aus den Reihen der BehandlerInnen, die einen Verlust von Macht und Einfluss befürchten. Zudem wird geäußert, dass die PatientInnen durch den SDM-Ansatz überfordert sein könnten.

Es gibt Befürchtungen, dass mitbestimmende PatientInnen zu einer Kostensteigerung führen. Etliche v.a. im angloamerikanischen Raum durchgeführte Studien belegen hingegen, dass gut informierte und partizipierende PatientInnen zu einer größeren Behandlungszufriedenheit und verbesserten Compliance bis hin zur Therapietreue führen bei gleichzeitig sinkendem Aufwand an Diagnostik und verringerter Überweisungshäufigkeit. Shared Decision Making kann zu einem Zugewinn an Lebensqualität, Verbesserung des subjektiven Gesundheitsempfindens und auch zu wirtschaftlichen Einsparungen sowie zur Qualitätssteigerung beitragen. Die Prüfung der Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem und auf unterschiedliche PatientInnengruppen steht noch aus.

Weitere Informationen unter:

www.patient-als-partner.de

(K)ein Präventionsgesetz

■ Burkhard Gusy

Bundeskanzler Schröder hat bei der Vorstellung der "Agenda 2010" am 14. März 2003 auf die Bedeutung der Prävention und Gesundheitsförderung hingewiesen. "Durchsetzen muss sich schließlich die Erkenntnis, dass sich Gesundheitspolitik nicht auf die Heilung von Krankheiten beschränken darf, sondern dass der Prävention Vorrang eingeräumt werden". Ebenso einmütig äußerten sich auch die Gesundheitsminister der Länder in der Entschließung der "76. Gesundheitsministerkonferenz" vom 2.3. Juli 2003 in Chemnitz.

Ein ehrgeiziges Ziel, das bis zum Herbst 2004 - so der damalige Fahrplan - als Gesetz in Kraft treten soll. Jetzt kurz vor der parlamentarischen Sommerpause wird deutlich, dass dieser Zeitplan kaum noch zu halten sein wird.

Die Gesundheitsministerkonferenz forderte die Bundesregierung auf, ein Gesetzgebungsverfahren in Gang zu setzen, welches folgenden Leitlinien verpflichtet sei:

- ⊕ Entwicklung eines zeitgemäßen Verständnisses von Prävention und Gesundheitsförderung, das auch die Stärkung von Gesundheitsressourcen umfasst
- ⊕ Beschreibung prioritärer Präventionsziele
- ⊕ Stärkung des Bewusstseins sowie der Eigenverantwortung /-initiative der Menschen
- ⊕ Eröffnung von Möglichkeiten zu regional- und zielgruppenspezifischen Maßnahmen, die auch sozialbedingte Ungleichheiten berücksichtigen
- ⊕ Förderung der Präventionsforschung und Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Für das im Koalitionsvertrag verabredete Präventionsgesetz wurden schon Eckpunkte festgelegt, Gesetzesentwürfe liegen bereits vor. Wir berichteten darüber in der vorletzten Ausgabe.

Strukturell vorgesehen sind das Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung, periodische Präventionsberichte und Aktionspläne (auf Bundesebene), Gesundheitskonferenzen sowie Aktionspläne (auf Länder- und kommunaler Ebene).

Neben begrifflichen Vereinheitlichungen und Leistungsbeschreibungen sind Qualitätssicherung, lebensweltorientierte Maßnahmen sowie die Neuordnung der primären Prävention in der Sozialversicherung Bestandteile des Vorhabens.

Das Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung ist mittlerweile konstituiert. Eine Verankerung im Präventionsgesetz sowie

die Etatisierung sollen im Präventionsgesetz erfolgen.

Die GKVen finanzieren derzeit überwiegend verhaltenspräventive individuelle Maßnahmen, eine Schiefelage, die zugunsten verhältnispräventiver, settingbezogener Maßnahmen prospektiv zu korrigieren ist. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen werden als Zielgruppen der Prävention zwar immer wieder benannt, wo und wie dieser Anspruch eingelöst werden soll, ist nicht ersichtlich. Eine Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung der Spitzenverbände der Krankenkassen ist derzeit in Gründung, deren hauptsächliches Ziel es ist, Prävention in Lebensumfeldern außerhalb von Betrieben für sozial benachteiligte Zielgruppen zu fördern.

Auch die Präventionsforschung wurde belebt. Mit der Ausschreibung der Bundesregierung "Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen" vom 18.10.2003 soll die Präventions- und Gesundheitsforschung intensiviert werden.

Neue Strukturen zur Präventions- und Gesundheitsförderung wurden im letzten Jahr geschaffen bzw. konkretisiert. Es bewegt sich was - aber wo bleibt das Präventionsgesetz? Der erste Entwurf dazu lässt erahnen, dass reichlich Zündstoff bei der Vereinheitlichung der Begrifflichkeiten bestehen dürfte, da deren Fassung für die Verwendung von Mitteln aus diesem Topf maßgeblich sein dürfte.

Derzeit sind zwei Positionen sichtbar, die sich wie folgt charakterisieren lassen:

Gesundheitsförderung ist Primärprävention
Im Sinne von "Vorbeugen ist besser als heilen" zielt Gesundheitsförderung auf Stärkung von Gesundheitsressourcen. Diese werden benötigt, um psychische und physische Bewältigungsmöglichkeiten zu erhöhen, Spielräume zur Überwindung gesundheitlich belastender Verhaltensweisen zu vergrößern und um Handlungskompetenzen für die Veränderung solcher Strukturen zu entwickeln und freizusetzen. Gesundheitsförderung wäre in diesem Verständnis ein integraler Bestandteil der Primärprävention. Diese Auffassung wird z.B. von Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (WZ Berlin) vertreten.

Gesundheitsförderung ergänzt Prävention
Gesundheitsförderung zielt ab auf Verbesserung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch Stärkung der personalen und sozialen Ressourcen von Einzelnen und Gruppen. Partizipation und Empowerment sind Strategien in diesem stärker das Gemeinwesen fokussierenden Ansatz, der nicht primär die Minderung gesundheitlicher Risiken zum Ziel hat, sondern die Entfaltungsmöglichkeiten für Einzelne und Gruppen verbessern will.

Die Diskussion verdeutlicht, dass auch fünfzehn Jahre Umgang mit beiden Begriffen nicht zu mehr Klarheit geführt haben. Die Vertreter der ersten Position betrachten Krankheit und Gesundheit als zwei Pole einer Dimension. Dies meint in Konsequenz, dass weniger Krankheit ein Zugewinn an Gesundheit bedeute und setze insofern auf Risikominimierung. Die Vertreter der zweiten Position betrachten Gesundheit und Krankheit als nur bedingt verschränkte Systeme. Gesundheit ragt in ihrem Verständnis weit über Prävention hinaus, wirkt gestaltend in andere Politikbereiche hinein (Architektur, Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik) und zielt auf

Verbesserung des psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens. Maßnahmen der Gesundheitsförderung können auch dann wirksam sein, wenn sich keine (un-)mittelbaren Auswirkungen auf das Krankheitsgeschehen zeigen, sie müssen noch nicht einmal intendiert sein. Mit einer Integration von Gesundheitsförderung in die Primärprävention würde dieser Anspruch aufgegeben. Legitimiert würde darüber hinaus, Prävention und Gesundheitsförderung in einen evidenzbasierten, mit medizinischen Indikatoren versehenen Rang zu erheben. Sinkende Inzidenzraten könnten dann z.B. als Belege für eine funktionierende Gesundheitsförderung ins Feld geführt werden. Der Preis dafür wäre, dass weite Teile der nicht medizinisch orientierten Gesundheitsförderung nicht repräsentiert wären. Der Ton in der Auseinandersetzung zwischen Vertretern beider Auffassungen wird schärfer. So kennzeichnet Rosenbrock die hier skizzierte zweite Auffassung als "fachlich verfehlt und politisch nicht ungefährlich" [[Mehr dazu](#)]. Von einem Konsens mit dem Ziel der begrifflichen Vereinheitlichung sind auch die Vertreter einer modernen Gesundheitswissenschaft weit entfernt

Einiges ist schon geleistet worden mit Blick auf einen Ausbau der Prävention in Deutschland. Es sind Strukturen erkennbar, um Prävention zu intensivieren. Das Präventionsgesetz wird kommen – vielleicht doch noch in diesem Herbst. Bei der Vereinheitlichung der Begriffe sind in Bezug auf Gesundheitsförderung Nachbesserungen wünschenswert. Ob es dafür eine entsprechende Lobby gibt, muss derzeit bezweifelt werden.

Weitere Informationen
<http://www.bvgesundheits.de/Themen/deutschesforum.html>

Kurz vorgestellt

Neben Webadressen soll hier auch auf gesundheitswissenschaftlich relevante Publikationen hingewiesen werden.

Impressum

In der zweiten Auflage erschienen ist mittlerweile ein Klassiker, das von Schwartz, Badura, Leidl, Raspe & Siegrist herausgegebene "Public Health Buch". Das um weitere 200 Seiten angewachsene Buch (904 S.) ist nicht neu konzipiert, sondern sorgsam aktualisiert. Der Veränderung von

Daten und Strukturen wird mit dieser Neuauflage Rechnung getragen.
Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. & Walter, U. (2002). *Das Public Health Buch*. München: Urban & Fischer.

Herausgeber:

FU Berlin - Arbeitsbereich Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung

Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin

e-Mail: newsletter-redaktion@ipg-berlin.de

Redaktion:

Siegfried Dierke, Guido Grunenberg, Burkhard Gusy

Redaktionsschluss

für die nächste Ausgabe: 15. Sept. 2004

Abonnement

Falls sie den Newsletter auch in Zukunft beziehen wollen, sollten sie sich in den Verteiler aufnehmen lassen.