

**Themen dieser Ausgabe:**

Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik

Seite 1

Gesetzliche Neuregelungen im Gesundheitsbereich: AVVG, VÄG und die anstehende „große“ Finanzreform der GKV

Seite 2

Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung

Seite 4

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

Seite 5

Impressum

Seite 5

## Prävention und Gesundheitsförderung Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik

■ Guido Grunenberg

Der Gesprächskreis Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES), dem u.a. Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Prof. Dr. Gerd Glaeske (Zentrum für Sozialpolitik, Uni Bremen) und Thomas Altgeld (Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen) angehören, hat im Mai 2006 im Rahmen der Konferenz „Prävention und Gesundheitsförderung – Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik“ ein neues Diskussionspapier zu Prävention und Gesundheitsförderung vorgestellt. Der zur Konferenz eingeladenen Parlamentarische Staatssekretär im Gesundheitsministerium, Rolf Schwanitz, bezeichnete dieses bereits als guten und wichtigen Verbündeten für ein Präventionsgesetz.

Die zweite Ausgabe des IPG-Newsletters Gesundheitsförderung in diesem Jahr beschäftigt sich mit folgenden Themen:

- Wie sich der Gesprächskreis Sozialversicherung der Friedrich-Ebert Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung vorstellt, lesen Sie auf Seite 1.
- Im Gesundheitsbereich werden einige Neuregelungen diskutiert – andere bereits umgesetzt. Die zu beantwortende Frage ist: Wie kann das Gesundheitssystem nachhaltig stabilisiert werden?
- Wenn Prävention und Gesundheitsförderung – dann zukünftig nur noch "evidenzbasiert". Was damit gemeint ist, und welche Probleme sich daraus ergeben, lesen Sie auf Seite 4

Auch dieses Mal wünscht Ihnen die Redaktion des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung, die dieses Jahr ihr fünfjähriges Jubiläum feiert, viel Spaß beim Lesen.

Gesundheitswissenschaftlich fundiert begründen die Autoren, warum zukunftsfähige Gesundheitspolitik ohne die „vierte Säule“ Prävention nicht machbar ist, was und vor allem wem Prävention nützt und welches die wichtigsten Handlungsfelder in der Prävention sind. Gestützt auf die Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation als Begründerin von „New Public Health“ wird dem lebensweltorientierten Settingansatz als innovative Strategie einer modern ausgerichteten Prävention zentrale Bedeutung beigemessen, insbesondere bei der Vermeidung sozial bedingter Ungleichheiten. Aktuelle Entwicklungen sowie das Gesundheitssystem zukünftig beeinflussende Faktoren wie die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die demografische Entwicklung (Altergesundheit) oder Chancengleichheit durch Gender Mainstreaming werden dabei in den Kontext beispielhaft eingearbeitet. Evaluation und Qualitätsentwicklung werden unter Einbeziehung des „Public Health Action Cycle“ als Planungsinstrument für gesundheitsbezogene Interventionen hervorgehoben.

Die Kernaussagen des Diskussionspapiers sollten auf den ersten Blick in allen politischen Lagern konsensfähig sein: Prävention sollte allen Bevölkerungsgruppen offen stehen und insbesondere sozial Benachteiligte einbeziehen. Der Settingansatz drängt sich als Interventionsstrategie in nahezu allen Lebenswelten und -bereichen auf. Prävention kann kostendämpfend wirken, das gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Potenzial wird zu wenig wahrgenommen, die Unterversorgung im Bereich Prävention muss beendet werden, Evidenz, Effizienz und Qualität sind auch in der Prävention unabdingbar etc.

**Veranstaltungen/Tagungen**

**23.06.2006 [Bonn]**

1. Fachtagung Gesundheitsförderung in Universitätskliniken. [\[Mehr dazu\]](#)

**11.07.2006 [Hannover]**

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Fachtagung: Resilienz – was Kinder stärkt. [\[Mehr dazu\]](#)

**30.07.-03.08.2006 [München]**

International Federation of Social Workers (IFSW). Internationaler Kongress "Soziale Balance in einer Welt der Ungleichheit". [\[Mehr dazu\]](#)

**11.09.-15.09.2006 [Bielefeld]**

International Summer School 2006 "Health as a Global and Local Challenge" an der Universität Bielefeld. [\[Mehr dazu\]](#)

Das Diskussionspapier stellt zusammenfassend eine wissenschaftsbasierte Abhandlung dar, warum Prävention und Gesundheitsförderung in einem modern ausgerichteten Gesundheitssystem nicht fehlen dürfen und nach welchen Kriterien Interventionen geplant und durchgeführt werden sollen. Es erfüllt dadurch jedoch eher die Anforderungen eines Leitfadens. Ein Aufgreifen von bis heute konträren Positionen, z.B. die der CDU oder der zu beteiligenden Akteure im Gesundheitswesen, findet nicht statt.

Für die Bündelung der Maßnahmen favorisieren die Autoren des Diskussionspapiers weiterhin die im Vorfeld der ersten Verabschiedung des Präventionsgesetzes stark umstrittene und kritisierte Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung. Offen bleibt weiterhin, wie und in welcher Form die zentralen Akteure (und Geldgeber), Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung, über den Einsatz ihrer eingebrachten Mittel mitverfügen dürfen.

Zwar enthält der Koalitionsvertrag der großen Koalition die Absichtserklärung für ein Präventionsgesetz. Die zentralen Forderungen der CDU z.B. bezüglich der Zusammensetzung des Kuratoriums einer Stiftung, die finanzielle Beteiligung von Bund, Ländern und Kommunen oder die weitgehend über Beitragsmittel (der genannten Sozialversicherungsträger) geplante Finanzierung, sind aber weiterhin unvereinbar.

Auch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) finden als zentraler Akteur in der Gesundheitsversorgung kaum Erwähnung. Man werde beobachten, ob die im Rahmen der Aktualisierung des Leitfadens der GKV zur Primärprävention auferlegte Selbstverpflichtung, mindestens 50 Cent je Versicherten und Jahr für lebenswelt-

orientierte Maßnahmen im Setting zu verwenden, hier auch tatsächlich zu kassenartenübergreifenden Aktivitäten führt.

Es erstaunt, dass die Anpassung des GKV-Leitfadens, der insbesondere im Hinblick auf die Vermeidung sozial bedingter Ungleichheiten und die Fokussierung auf lebensweltorientierte Maßnahmen im Setting mit den wesentlichen Forderungen des Diskussionspapiers übereinstimmt, dort weder Erwähnung noch Würdigung findet.

Um das Positive vorweg zu nehmen. Das neue Diskussionspapier bringt Prävention und die Notwendigkeit eines Präventionsgesetzes wie

der auf die Tagesordnung. Es trägt jedoch die alten Kleider und somit auch die alten Streitfragen mit sich.

Fundamentale Neuigkeiten oder gar ein neuer Konzeptentwurf für ein Präventionsgesetz erwarten den Leser hingegen nicht. Vielmehr versteckt sich hinter dem Diskussionspapier ein Plädoyer für ein Präventionsgesetz in der Form, in der es – eingebracht von der damals noch rot-grünen Koalition - vor ziemlich genau einem Jahr durch den Bundesrat gestoppt wurde.

Weitere Informationen:

Diskussionspapier der FES „Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik“

## Gesetzliche Neuregelungen im Gesundheitsbereich: AVWG, VÄG und die anstehende „große“ Finanzreform der GKV

■ Siegfried Dierke

Ein ums andere Mal ist von der Regierung zu hören, dass sie gesetzliche Regelungen auf den Weg bringen will, um das Gesundheitssystem langfristig und nachhaltig zu stabilisieren. Doch der Gesundheitsbereich bleibt eine Dauerbaustelle; die erhofften Wirkungen verpuffen in kurzer Zeit. Dafür sind die Namen der Gesetze umso länger: Nach dem GMG (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz bzw. GKV-Modernisierungsgesetz) kam im Frühjahr das AVWG (Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz). Und nun soll in Kürze das VÄG (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz) auf den Weg gebracht werden. Während die Diskussion in der schwarz-roten Koalition um Eckpunkte ihrer geplanten Gesundheitsreform noch anhält und weitgehend hinter verschlossenen Türen stattfindet wird seit kurzem laut die „Fonds“-Lösung favorisiert. Weitere, nicht unbedeutende Veränderungen kommen auf die Gesundheitsversorgungslandschaft zu.

Im letzten [Newsletter](#) wurde beschrieben, welche Auswirkungen das den Arzneimittelbereich betreffende Vorschaltgesetz AVWG für PatientInnen und Versicherte haben wird. Etwas voreilig allerdings wurde in dem Artikel der 1. April als Datum für das Inkrafttreten genannt: Überraschenderweise nämlich billigte der Bundesrat das Gesetzesvorhaben im März zunächst nicht. Es mag spekuliert werden, ob dies aus taktischen Gründen wegen der Ende März stattfindenden Landtagswahlen erfolgte oder um der Regierung Merkel die Eigenständigkeit und Macht der Länderregierungen zu demonstrieren. Die Hoffnungen allerdings, dass das Gesetz entschärft werden könnte, bestätigten sich nicht. Anfang April ließ es der Bundesrat ohne Veränderungen passieren, so dass es ab 1. Mai 2006 Gültigkeit bekam. Da einige der Regelungen dieses Gesetzes erst ab Sommer 2006 bzw. Anfang 2007 greifen, bleibt abzuwarten, ob die prognostizierten Wirkungen Realität werden. Aus den Reihen der forschenden Pharmakonzerne ist jedenfalls schon zu hören, dass sie den Vorgaben durch die Absenkung der Festbeträge nicht Folge leisten wollen.

Durch dieses Vorschaltgesetz sollen die Ausgaben der GKV im Pharmabereich um mehr als 1 Milliarde Euro gesenkt werden. Doch im Mai dieses Jahres stimmen Union und SPD im Bundestag dem Haushaltsbegleitgesetz und der Erhöhung der Mehrwertsteuer zu. Dies bedeutet für die GKV eine Steigerung der Arzneimittelkosten um 800 Mio. Euro, wodurch der mit dem AVWG angepeilte Einspareffekt gleich zu nichte gemacht wird.

Aber es kommt noch schlimmer für die Krankenkassen: Die Finanzmittel für so genannte versicherungsfremde Leistungen sollten den Kassen als Bundeszuschuss zur Verfügung gestellt werden. Eigens dafür wurde die Tabaksteuer um 1 Euro pro Packung erhöht. Jetzt beschloss die Regierung Merkel, diesen Bundeszuschuss im nächsten Jahr deutlich abzusenken und ab 2008 auf Null zurückzuführen. So droht der GKV für die nächsten 2 Jahre ein Finanzloch von 10 – 15 Milliarden Euro.

Die große Koalition hatte eine tief greifende Reform zur nachhaltigen Stabilisierung der GKV-Finanzierung angekündigt. Da sie sich aber weder für das SPD-Bürgerversicherungsmodell noch für die CDU-Kopfpauschale entscheiden werden, ist nun ein „Gesundheitsfonds“ im Gespräch, der beiden Parteien die Möglichkeit eröffnen soll, das Gesicht zu wahren und nach der nächsten Bundestagswahl das jeweils eigene Konzept draufzusatteln. Eine Lösung der Finanzierungsfragen allerdings bietet das Modell nicht. Jedoch wird so, verbunden mit einem immensen Bürokratieaufwand, der Boden bereitet für eine weitere Entsolidarisierung und Privatisierung des Krankheitsrisikos.

Einheitliche Kopfprämien von ca. 150 Euro für die Krankenkassen mit der Option, ggf. zusätzlich höhere Beiträge von ihren Mitgliedern einzufordern, wenn sie damit nicht auskämen, bedeuten eine Benachteiligung derjenigen Kassen, die sich besonders um chronisch oder schwer Kranke kümmern. Letztlich müssten diese von ihren Mitgliedern dann Zusatzprämien verlangen, so dass Kranke also (neben den jetzt schon erhobenen Zuzahlungen und „Eigenbeteiligungen“) wiederum finanziell für ihren schlechteren Gesundheitsstatus bestraft würden. Im Rahmen dieses Modells sollen außerdem die Arbeitgeberbeiträge eingefroren werden, mit der Folge, dass zukünftige Teuerungsraten allein von den Versicherten aufgebracht werden müssten. In den Pool sollen zudem auch Steuermittel einfließen, die über einen „Gesundheit-Soli“ als Aufschlag auf die Einkommenssteuer erwirtschaftet werden und somit wiederum die Versicherten zusätzlich finanziell belasten.

Dass der Pool die grundlegenden Finanzierungsfragen der GKV nicht löst, sondern nur die Verwaltung aufbläht und kranke Versicherte zusätzlich belastet, ist der Regierungskoalition auch klar. Darum werden zusätzliche Möglichkeiten struktureller Veränderungen erwogen. Insbesondere sollen Rationalisierungs- und Effizienzreserven im Gesundheitssystem besser ausgeschöpft werden. Dies klingt erst einmal nachvollziehbar und vernünftig, doch steht zu

befürchten, dass es zum wiederholten Male nur um Leistungsausgrenzungen zu Lasten der Versicherten gehen wird. Die Ausgliederung von Verletzungen durch Risikosportarten würde den gesetzlichen Krankenversicherungen zwar keine spürbare Entlastung bieten, aber die Entsolidarisierung und Privatisierung kräftig vorantreiben.

Bislang allerdings existiert zu dieser „Gesundheitsreform“ weder ein Eckpunktepapier noch ist sie als Gesetzesvorhaben auf dem parlamentarischen Wege. Weiter hat es schon das VÄG (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz) gebracht: Im Februar als inoffizielles Eckpunktepapier vom Bundesministerium für Gesundheit lanciert, dann von der CDU zurückgepfiffen und vorübergehend in der Versenkung verschwunden, erfuhr dieses Gesetzesvorhaben einige Veränderungen und passierte recht schnell im Mai das Kabinett, um nun im Bundesrat und Bundestag behandelt zu werden.

In diesem Gesetz sind eine Vielzahl recht unterschiedlicher Regelungen zusammengefasst. Zentral sind Maßnahmen zur vertragsärztlichen Flexibilisierung sowie weitere organisationsrechtliche Instrumente insbesondere zur Milderung regionaler Versorgungsprobleme bei der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung vorgesehen. So sollen die Zusammensetzung und Gründung von Medizinischen Versorgungszentren weniger Beschränkungen unterliegen. ÄrztInnen dürfen demnach in überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften auch in unterschiedlichen KV-Bezirken sowie als in Teilzeit angestellte KrankenhausärztInnen ambulant tätig sein. Eine vertragsärztliche Tätigkeit soll an (mehreren) weiteren Orten genehmigt werden und eine Anstellung von ÄrztInnen ohne numerische Begrenzung und auch fachgebietsübergreifend möglich sein, sofern keine Zulassungsbeschränkungen erlassen sind. In unterversorgten Planungsbereichen sollen ÄrztInnen zur vertragsärztlichen Tätigkeit auch jenseits der Altersgrenze von 55 Jahren und über das 68. Lebensjahr hinaus zugelassen werden.

Einen Streitpunkt bildet das Vorhaben, Gesundheitsministerien als Aufsichtsbehörde der Kassenärztliche Vereinigungen (KVe) auf Landesebene die Möglichkeit einzuräumen, Krankenkassen in unterversorgten Gebieten den Sicherstellungsauftrag zu übertragen. Die Kassen sollen dann ggf. Einzelverträge mit Niedergelassenen schließen können. Spannend bleibt auch, ob mit diesem Gesetzespaket eine grundlegende Vergütungsreform für den vertragsärztlichen Bereich angegangen wird oder ob diese genau so auf die lange Bank geschoben wird wie die Rechtsverordnung zur Umsetzung eines morbiditätsorientierten RSA [kurz "Morbi-RSA" genannt]. Das Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts beinhaltet somit einige begrüßenswerte Lockerungen für die Tätigkeit niedergelassener ÄrztInnen sowie für medizinische Versorgungszentren (MVZen). Für das Schließen von Lücken in der ambulanten ärztlichen Versorgung

insbesondere in den neuen Bundesländern sind die Maßnahmen jedoch gewiss nicht ausreichend, oftmals nicht hilfreich bzw. gar ungeeignet. So sind z.B. noch nicht einmal die Aufhebung des Vergütungsabschlags in den Bezirken der Ost-KVen und eine Angleichung des Punktwerts vorgesehen. Wer die Ansiedlung von Niedergelassenen fördern will, sollte an erster Stelle diese einfache Maßnahme durchführen.

Neben den Kernpunkten, die die vertragsärztliche Flexibilisierung, Instrumente zur Milderung regionaler Versorgungsprobleme sowie Klarstellungen hinsichtlich der Voraussetzungen für die Gründung medizinischer Versorgungszentren umfassen, beinhaltet das VÄG aber auch Elemente, die inhaltlich überhaupt nicht dazu gehören. So soll beispielsweise durch das VÄG die Einführung des Morbi-RSA um 2 Jahre verschoben werden, wobei die Regelungen, auf die sich der "Morbi-RSA" beziehen soll, erst bis zum 31.12.2009 festzulegen sind und eine rückwirkende Konkretisierung erfahren sollen. Die Anschubfinanzierung zur Förderung der integrierten Versorgung soll um 1 Jahr verlängert werden. Die Praxisgebühr darf laut VÄG zukünftig bei Zahlungssäumnis nach den Vorschriften der Zivilprozessordnung im Mahnverfahren geltend gemacht werden, d.h. dass säumigen PatientInnen zukünftig Sozialgerichtskosten auferlegt werden können, falls eine Zahlungsverweigerung ohne triftigen Grund erfolgt. Weitere Regelungen betreffen die VertreterInnen von PatientInnenorganisationen in Gremien der Selbstverwaltungen. Das Mitberatungsrecht soll auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung beinhalten. Dies bedeutet nur eine Klarstellung und umfasst nicht die aktive Einbindung in die Beschlussfassung. Zudem wird eine längst überfällige Regelung der Aufwandsentschädigung für die PatientInnenvertreterInnen getroffen: Neben der Reisekostenvergütung sollen ein Ersatz des Verdienstaufschlags sowie ein Pauschbetrag für Zeitaufwand gewährt werden.

Gesundheitspolitisch wird ein heißer Herbst auf uns zukommen. Fachverbände werden die ohnehin in schwerem Ringen erzielten Kompromissformeln der Regierungskoalition zurecht als unzureichend oder irreführend kritisieren, in Expertenanhörungen wird das Flickwerk als solches entlarvt werden, die Opposition wird die Entsolidarisierungseffekte und Bestrafung von Kranken brandmarken, und auch einige Abgeordnete der SPD werden sich möglicherweise mit den Plänen der Regierung nicht anfreunden können. Doch am Ende wird die große Koalition ihre Pläne umsetzen, sofern nicht ihre eigenen Länderfürsten Einwände erheben. Denn die gerade ein halbes Jahr amtierende Merkel-Regierung wird einen Zwist über den Gesundheitsbereich nicht tolerieren können, da davon das Fortleben der Koalition abhängig gemacht wurde. Und nicht nur in Zeiten der Fußball-WM gilt: Nach der Wahl ist vor der Wahl.

## Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung

■ Burkhard Gusy

Prävention und Gesundheitsförderung bleiben Themen im Rahmen der Gesundheitsreform. Das klingt nicht nur so in dem Beitrag zum Gesprächskreis Sozialpolitik der Friedrich-Ebert Stiftung (in dieser Ausgabe des Newsletters), sondern zieht sich durch sämtliche einschlägige Publikationen. Die einen favorisieren eine Neuauflage des im Jahr 2005 erarbeiteten Gesetzentwurfs zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention der ehemaligen Regierungskoalition, andere wiederum signalisieren Gesprächsbedarf in verschiedenen Punkten. Einigkeit besteht jedoch darin, dass in Zukunft Prävention und Gesundheitsförderung nur noch qualitätsgesichert durchgeführt werden soll. Hierzu müssen Lücken und Schwachstellen in der Qualitätssicherung überwunden werden. Diese liegen nach Kliche et al. (2006) in lückenhaften Verlaufsdokumentationen, konkurrierenden Evidenz- oder Wirksamkeitskonzepten sowie Indikatoren zur Feststellung der Zielerreichung. Die Bestimmung von besonders wirksamen Interventionen, deren Anpassung an ein Setting, eine Zielgruppe sowie die Prüfung der Implementationsgüte sind dadurch erschwert.

Auf der Suche nach geeigneten Strategien der Wirksamkeitsprüfung ist international eine Zentrierung auf Methoden evidenzbasierter Medizin als Standard für Prävention und Gesundheitsförderung festzustellen. Diese entstammen der klinisch-therapeutischen Tätigkeit und erfordern die Zusammenstellung klinisch relevanter Informationen z.B. zur Diagnose, Prognose und Therapie bei spezifischen Erkrankungen mit dem Ziel, die jeweils bestmögliche Behandlungsform aufzuspüren, unter verschiedenen Kriterien zu bewerten (z.B. Glaubwürdigkeit, Nützlichkeit), anzuwenden und von Zeit zu Zeit kritisch zu überprüfen. Auf Grund der hohen Zahl täglich dazu kommender Publikationen werden Reviews erstellt, in denen methodisch kontrollierte Erfahrung und klinische Forschung ein hohes Gewicht bekommen. Diese Aufgabe kann nicht von jedem einzelnen Kliniker oder Forscher geleistet werden, sondern erfolgt durch die Cochrane Collaboration sowie ihre sozial- und erziehungswissenschaftlich ausgerichtete Schwesternorganisation, die Campbell-Collaboration. Nach standardisierten Methodenprotokollen werden empirische Daten verschiedener Herkunft und Designs zusammengeführt und in Evidenzklassen eingestuft. Mit der höchsten Evidenzklasse werden die verlässlichsten Ergebnisse ausgezeichnet, die Einstufung erfolgt auf der Grundlage des jeweiligen Studiendesigns (z.B. randomisierte, kontrollierte Studien). Die Ergebnisse der mit diesen zusammengeführten Daten durchgeführten Metaanalysen fließen dann z.B. in die Ableitung von Leitlinien zur Behandlung spezifischer Erkrankungen ein.

Für eine vergleichende Wirkungsabschätzung von Prävention und Gesundheitsförderung fehlen derzeit geeignete Modelle, die die Verschiedenheit von Prävention und Gesundheitsförderung zu klinisch-therapeutischen Interventionen berücksichtigen. So werden zwar auch hier zumindest für präventive Maßnahmen Veränderungen der Morbiditäts- und Mortalitätsraten empfohlen, doch ist der Nachweis eines Zusammenhangs zwischen Maßnahme und Wirkung ungleich aufwendiger, da Prävention und Gesundheitsförderung häufig komplexere Interventionsstrategien mit verschiedenen Ansatzpunkten auf unterschiedlichen Ebenen sind. So divergieren Präventionsprogramme in ihren Zielstellungen, anzusprechenden Personengruppen und Evaluationskriterien. Interventionen z.B. zur Reduktion von Übergewicht bei Kindern unterscheiden sich in den anzusprechenden Personengruppen (adipöse oder normalgewichtige Kinder), schnüren verschiedene Maßnahmen wie z.B. Ernährungslehre, verhaltens- und verhältnispräventive Elemente oder berücksichtigen das soziale Umfeld (Lehrer, Eltern). Dies erfordert differenzierte Evaluationsstrategien, da Programme in Teilen hoch wirksam, in ihrer Summe aber effektneutral sein können.

Das prioritäre Ziel von Maßnahmen zur Adipositasprävention ist eine dauerhafte Gewichtsreduktion. Da diese nicht immer nachgewiesen werden konnte, wurden die Maßnahmen und Evaluationsstrategien modifiziert bzw. differenziert. Veränderung des Ernährungswissens oder des Bewegungsverhaltens werden berichtet, signifikante Veränderungen des Body-Mass-Index eher selten. Eine Zuschreibung der Wirksamkeit zu einzelnen Programmbestandteilen sowie deren (mögliches) Zusammenwirken setzt allerdings Erklärungsmodelle voraus, die in vielen Bereichen (noch) nicht zur Verfügung stehen.

Für die Prävention ließe sich wahrscheinlich noch ein Konsens darüber erzielen, dass Veränderungen des Mortalitäts- und Morbiditätsgeschehens Evidenzparameter sein können. Für Gesundheitsförderung sieht dies anders aus, da hier nachzuweisen wäre, dass durch spezifische Interventionen individuelle sowie lebensweltliche Ressourcen oder Strukturen aufgebaut werden, die der Gesunderhaltung bzw. -förderung dienen. Hier wären z. B. ganz im Sinne der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation Nachweise zu führen, ob einzelne Interventionen einen Beitrag dazu leisten, dass Menschen z.B. ihre Bedürfnisse besser wahrnehmen und erfüllen können. Hier fehlt es derzeit noch an der Operationalisierung diesbezüglicher handhabbarer Evidenzindikatoren.

Auch wenn die bisher beschriebenen Probleme gelöst werden, zeichnet sich ab, dass hier ein zukünftiges Arbeitsfeld von Gesundheitswissenschaftlern und Praktikern liegt: Wirkmodelle und Interventionskonzepte sind zu entwickeln sowie Instrumente zu konzipieren, mit denen der Nachweis von Evidenz in Prävention und Gesundheitsförderung möglich ist. Die jeweiligen Befunde tragen – so die Hoffnung von Experten – zu einer Verbesserung der Präventions- und Gesundheitsförderungspraxis bei. Was aber die Zielsetzungen von Prävention und Gesundheitsförderung sein sollen, muss politisch entschieden werden.



**Kurz vorgestellt**

Haisch, J., Hurrelmann, K. & Klotz, T. (Hrsg.) (2006). Medizinische Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber (Euro: 48,90)



Es ist nicht der erste Band zu ‚Prävention und Gesundheitsförderung‘, der Anspruch jedoch, die Vorbehalte von Medizinern gegenüber präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen abzubauen, ist eine Herausforderung, vor der Studierende und Lehrende an medizinischen Fakultäten stehen. "Prävention und Gesundheitsförderung" ist durch die Approbationsordnung aus dem Jahre 2002 in das Medizinstudium eingeführt worden. Zweifel von Medizinern an Prävention und Gesundheitsförderung werden nicht in der Sinnhaftigkeit der Maßnahmen verortet, sondern im zu betreibenden Aufwand (zu hoch, zumindest im Alltag) sowie der unterstellten Effizienz (zu gering). Um diese Haltung aufzuweichen werden in diesem Band einschlägige Befunde zu Prävention und Gesundheitsförderung in somatisch-medizinischen, psychosozial-medizinischen Kern- sowie Ergänzungsfächern zusammengetragen,

deren Wirksamkeit gezeigt werden konnte. In zwei ergänzenden Kapiteln informiert das Buch über bereits bestehende medizinische Versorgungseinrichtungen, in denen Prävention und Gesundheitsförderung geleistet wird und stellt Handlungshilfen für Ärzte bereit, wie dergestaltete Maßnahmen evaluiert werden können.

Das Buch ist Lesekonventionen von Medizinern angepasst und will Anregungen für die inhaltliche Gestaltung attraktiver Lehrveranstaltungen und Prüfungen im Fach Prävention und Gesundheitsförderung geben. Ob diese Impulse ausreichen, medizinisches Denken und Handeln von eher therapeutisch-kurativen Handlungsrou-tinen zu präventiven Interventionen zu stimulieren, bleibt offen ähnlich wie die Frage, ob medizinische Prävention und Gesundheitsförderung eine Sonderrolle in der bislang interdisziplinär geführten gesundheitswissenschaftlichen Diskussion einnehmen werden.

Badura, B., Iseringhausen, O. (2006). Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. (Beiträge zur Versorgungsforschung). Bern: Huber. (Euro: 39.95)



Vielfach beschworen ist die Krise des gesundheitlichen Versorgungssystems. Die Finanzierung, die Organisation und die Mittelverwendung werden kontrovers diskutiert. Reformen – so die einmütige Haltung – müssen her, doch wo sollen diese ansetzen?

Als Rahmenbedingungen für die Reformen werden der demografische Wandel (Immer mehr Menschen werden immer älter) sowie die Krankheitskosten bemüht. Zentral sind in diesem Reader ferner die sich wandelnden Versorgungsbedürfnisse und -erwartungen der Patienten an das Gesundheitssystem.

Als Gestaltungsoptionen werden Formen der integrierten Versorgung, ökonomische Anreizsysteme sowie ein verstärkter Telemetrieinsatz in Disease-Management Programmen diskutiert.

Ziel und somit auch zentrales Evaluationskriterium der Reformanstrengungen soll die Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen sein. "Befähigung" und "Beteiligung" der Patienten werden hier als Entwicklungsoptionen formuliert.

Der gewählte Titel "Wege aus der Versorgungsorganisation" verspricht mehr als die alleinige Bündelung von Beiträgen zum 3. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung. Neben einem "Mehr" an Patientenorientierung, besserer Kooperation und Koordination der Versorgung wird eine dritte mögliche Perspektive nicht behandelt, die auf vorausschauende Vermeidung von Versorgungsbedarf zielt, der konsequente Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung.

**Impressum**

**Herausgeber:**  
FU Berlin - AB Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung

Habelschwerdter Allee 45  
14195 Berlin  
e-Mail: [newsletter-redaktion@ipg-berlin.de](mailto:newsletter-redaktion@ipg-berlin.de)

**Redaktion:**  
Siegfried Dierke, Guido Grunenberg, Burkhard Gusy

**Redaktionsschluss**  
für die nächste Ausgabe: 10.09.2006

**Abonnement**  
Falls sie den Newsletter auch in Zukunft beziehen wollen, sollten sie sich in den [Verteiler](#) aufnehmen