

Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention - Was sind die „lessons learnt“ aus 25 Jahren Gesundheitsförderungspolitik in Deutschland?¹

Joseph Kuhn

1. Prävention und Gesundheitsförderung sind in Deutschland erfolgreich

Dass früher alles besser war, ist ein Mythos. Das gilt auch für die Verhütung von Krankheiten. Noch vor 100 Jahren sind in Deutschland ein Viertel bis ein Drittel der Kinder im ersten Lebensjahr gestorben - ein großer Teil davon an Infektionskrankheiten; die Lebenserwartung in Deutschland hat sich in den letzten 100 Jahren verdoppelt; in den 1970er Jahren gab es 20.000 tödliche Verkehrsunfälle jährlich, heute sind es 80 % weniger. Wir sind gesünder als je zuvor.

Dabei gilt nach wie vor die Grundthese von Thomas McKeown, dass die großen gesundheitlichen Fortschritte nur zum geringeren Teil der Medizin zuzurechnen sind, auch nur zum geringeren Teil den präventivmedizinischen Maßnahmen. Die Gründe dafür, dass es uns so gut geht, sind bekannt: bessere Ernährung, Kanalisierung in den Städten, Wohnungen, auf die Heinrich Zilles Diktum, mit einer Wohnung könne man einen Menschen erschlagen wie mit einer Axt nicht mehr zutrifft, der Sicherheitsgurt im Auto usw.: alles Interventionen mit höchster präventiver Wirksamkeit. Und natürlich hat auch das Gesundheitswesen selbst seine präventiven Erfolge: Die Säuglings- und Müttersterblichkeit ist durch eine bessere Gesundheitsvorsorge rund um die Geburt gesenkt worden. Die Pocken sind durch die Impfung weltweit ausgerottet, Polio in Europa. Die HIV-Prävention ist ein lehrreiches Beispiel für eine moderne, gemeinsam mit den Betroffenen umgesetzte Präventionskampagne, die Zahnprophylaxe hat Karies in großem Ausmaß zurückgedrängt. Und die Krankenhaushygiene kommt bei der Prävention nosokomialer Infektionen, wir reden hier von vermutlich zehntausenden vermeidbaren Sterbefällen, künftig hoffentlich auch voran.

Auch konzeptionell ist in den letzten 25 Jahren viel erreicht worden. Wir diskutieren beim Stichwort Prävention heute nicht mehr über Gesundheitserziehung und Läuseauskämmen, sondern über Soziales Kapital, Empowerment oder Health Impact Assessments - die Prävention hat inzwischen, anders als vor 30 Jahren, einen tragfähigen wissenschaftlichen Unterbau, das ist ein unschätzbare Potential, weil richtiges Handeln in der Regel nicht aus dem gedankenleeren Raum kommt.

2. Vergessene und wiedergewonnene Weisheiten, Präventionspolitik als Reflex der gesellschaftlichen Entwicklung

Wie es um die präventiven Guthaben einer Gesellschaft bestellt ist, hing stets eng mit den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen insgesamt zusammen. Auf die Erfolge in der Stadt-, Sozial- und Arbeitshygiene im 19. Jahrhundert folgte die Indienstnahme der Prävention durch den Nationalsozialismus, dann die

¹ Vortrag auf dem 3. Strategietreffen des Kooperationsverbundes Nachhaltige Präventionsforschung (KNP) am 24.11.2011 in Hannover.

Individualisierung der Prävention in der Nachkriegszeit, die Wiederentdeckung der gesundheitsproduktiven Rolle der Lebensbedingungen einerseits und des Engagements der Menschen – Stichwort Empowerment – andererseits im Reformklima der 1970er Jahre, ein Höhepunkt war die Ottawa-Charta, und schließlich die Überhöhung der individuellen Eigenverantwortung in der neoliberalen Ära ab den 1980er Jahren.

Zwar hat der neoliberale Diskurs durch die Weltfinanzkrise an Überzeugungskraft verloren, aber in der Prävention hat der Appell an die individuelle Verantwortung nach wie vor Hochkonjunktur: ernährt euch gesund, raucht nicht, trinkt nicht zuviel Alkohol, bewegt euch ausreichend. Dagegen ist nichts zu sagen, aber es reicht eben nicht, wenn die großen Weichenstellungen des Lebens dagegenstehen, wenn Bewegungsflächen in den Städten verschwinden, wenn die Schule zum Lernstress wird, wenn Arbeitsverhältnisse immer häufiger befristet und schlecht bezahlt sind und Hartz-IV-Karrieren außer dem Kneipenbesuch wenig Kulturerlebnisse übrig lassen. „Healthismus“ hat der Berliner Gesundheitswissenschaftler Hagen Kühn diese individualistisch halbierte Prävention in einer Analyse der amerikanischen Gesundheitsförderung Anfang der 90er Jahre genannt.

Dabei hatte die Ottawa-Charta bereits alle wichtigen Bausteine einer guten und nachhaltigen Prävention und Gesundheitsförderung komprimiert zusammengeführt - aufbauend auf den Erfahrungen der Praxis und der gesundheitswissenschaftlichen Diskussionslage - sozusagen Präventionstheorie in a nutshell. Die dort benannten Erfolgsbedingungen einer nachhaltigen Prävention - partizipativ vorgehen, in Settings intervenieren, politikfeldübergreifend arbeiten - sind in der präventionspolitischen Rhetorik zwar omnipräsent, werden in der Praxis aber zu wenig berücksichtigt, und wenn, dann vor allem in gut eingezäunten Modellprojekten mit marginalen Transferchancen. Stattdessen sind zurzeit die Versprechen der "individualisierten Medizin" unüberhörbar, in ihrem Schlepptau die prädiktive Medizin. Zeig mir dein Genom und ich sage dir, was dich erwartet, und was du tun sollst. Statt auf die Lebensbedingungen schaut man auf die Biomarker. Es entbehrt nicht einer gewissen Ironie, dass sich diese molekularbiologischen Glasperlenspiele trotzdem „life sciences“ nennen. Glasperlenspiele, denn ihre präventiven Effekten werden auf absehbare Zeit weit von dem entfernt bleiben, was für nachhaltige Maßnahmen der Gesundheitsförderung bereits als belegt gelten kann. Aber gehört der Biomedizin, beforscht an universitären Exzellenzclustern, nicht die Zukunft? Bisher hat es keinen Nobelpreis für sozialmedizinische Leistungen gegeben.

3. Deutschland hat gute Präventionsgesetze, eins fehlt nach wie vor

Deutschland hat gute Erfahrungen mit Präventionsgesetzen gemacht. Denken Sie an die eingangs genannten Erfolge der Prävention: Was sind denn Arbeitsschutzregelungen, das Lebensmittelrecht, die Straßenverkehrsordnung oder - unmittelbar im Gesundheitswesen - das Infektionsschutzgesetz anderes als Präventionsgesetze? Und wer glaubt ernsthaft, dass die präventiven Effekte, die in diesen Bereichen erzielt wurden, auch ohne diese Gesetze zustande gekommen wären?

Hinter den diversen Anläufen für das sog. „Präventionsgesetz“ stand genau diese Einsicht. Nachhaltige Veränderungen der Präventionslandschaft gibt es nicht ohne

die dazu nötigen Voraussetzungen. Wer in der Prävention Berge versetzen will, darf nicht mit dem Vorsorgeschäufelchen kommen. Das vielbemühte Bild von der Prävention als vierter Säule des Gesundheitswesens hat nur dann eine Chance auf Verwirklichung, wenn es für die Prävention eine organisatorisch und finanziell tragfähige Grundlage gibt. Nachhaltigkeit bedeutet doch, etwas auf Dauer stellen, feste Fundamente schaffen. Die anderen drei Säulen des Gesundheitswesens funktionieren auch nicht nur mit Aktionsplänen, Bündnissen und gutem Willen. Die Empirie belegt das eindeutig: Bei allem redlichem Bemühen der Krankenkassen um die Leistungen nach § 20 SGB V ist die kassenfinanzierte Gesundheitsförderung eine Spielwiese geblieben. Im Jahr 2009 haben die Krankenkassen 311 Mio. Euro dafür ausgegeben, also knapp 0,2 % ihrer Leistungsausgaben. Dass man damit das lt. Sachverständigenrat präventiv erreichbare Einsparpotential von 30 % der Gesundheitsausgaben realisieren kann, allein in der GKV wären das über 50 Mrd. Euro jährlich, ein solcher return on investment wäre ein gesundheitsökonomisches Mirakel. Und die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz jedweder Art im gesamten Gesundheitswesen lagen 2008 bei ca. 4 % der nationalen Gesundheitsausgaben – das ist erstens nicht viel und zweitens hat sich dieser Wert über die letzten 20 Jahre, also über alle Präventionsdebatten hinweg, praktisch nicht geändert. Auch das ist eine Form von Nachhaltigkeit.

4. Der ÖGD

Der ÖGD, an den sich in den 90er Jahren so viele Hoffnungen in Sachen Prävention geknüpft haben, erinnert mich manchmal an das unbesiegbare Dorf der Gallier. Tapfer kämpft er gegen eine widrige Umwelt. Erfreulich ist, dass inzwischen nicht wenige Gesundheitsämter gesundheitswissenschaftlich absolut up to date sind. Aber fast alle sind im Zustand ernster personeller Anorexie. Prognose ungewiss.

5. Forschung, Teil 1: Zwischenbemerkungen zu einer Erfolgsgeschichte

Der (Wieder-)Aufbau von Public Health in Deutschland ist eine Erfolgsgeschichte, damit wurden wichtige Voraussetzungen für eine nachhaltige Prävention geschaffen, was das gesundheitswissenschaftliche Know How angeht, von der Epidemiologie bis zur Gesundheitsökonomie. Was auszubauen ist, ist die Transferforschung, dazu später noch etwas mehr.

Mit Bedenken ist zu sehen, dass Public Health mehr und mehr in Versorgungsforschung aufgeht und die Präventionsforschung an Boden verliert. Wir brauchen aber beides, Präventionsforschung und Versorgungsforschung - ganz abgesehen davon, dass es zwischen beiden Bereichen auch Überschneidungen gibt. Dass diese Verschiebung der Forschungsprioritäten auch damit zu tun hat, wo das Geld für die Forschung herkommt, liegt nahe. Solange es den Settingansatz nicht als Pille gibt, wird Pfizer dafür keine Studien bezahlen.

Worüber man auch einmal nachdenken muss, sind die unerwarteten Kehrseiten der Professionalisierung in der Prävention. Akademische Karrieren setzen Publikationen in englischsprachigen Journals voraus, Auslandsaufenthalte, Präsenz auf internationalen Tagungen, ein erfolgreiches Drittmittelmanagement. Wenn man diese Sozialisation durchlaufen hat und über Gesundheitsförderung nur noch in Termini

wie Settings, Empowerment, win-win-Situationen oder health impact assessment spricht, macht das die Arbeit vor Ort auf gleicher Augenhöhe mit den „Zielgruppen“ der Gesundheitsförderung nicht einfacher. Harvard meets Hasenberg - das ist eine Herausforderung. Aber was soll man machen, Gemeindearbeit klingt in der scientific community einfach nicht so gut wie community based public health approach. Auch die Politikberatung gelingt über englischsprachige Publikationen übrigens nur im Ausnahmefall, daher hat KNP zurecht einen seiner Schwerpunkte beim Transfer von Präventionsforschung in die Politik gesetzt.

Beunruhigend ist m.E. auch, dass Publikationen aus dem Bereich der Präventionsforschung inzwischen häufig wie product placement wirken, vielleicht eine Folge der Drittmittelwirtschaft und der Verbindung von Forschung und Consultingtätigkeiten: Kleine Effekte werden als groß verkauft, Projekte ohne Relevanz als wegweisend dargestellt, der eigene Forschungsansatz als innovativ angepriesen, auch wenn es nur alter Wein in neuen Schläuchen ist, in der Forschungshistorie werden ganze Forschungstraditionen übergangen, es wird selektiv zitiert usw. Kein Wunder, dass Naturwissenschaftler das als soft science abtun und manche Interessensgruppen sogar von junk science sprechen. Hier muss die Präventionsforschung aufpassen, das ist nicht nur eine Frage wissenschaftlicher Integrität. Ein bisschen Konkurrenz belebt das Geschäft, aber Präventionsforschung, die als Marktwirtschaft organisiert ist, unterbricht auch Theorieketten und unterhöhlt so die Fähigkeiten zur theoretischen Weiterentwicklung. Die scientific community ist kein market place.

6. Deutschland leidet unter einem präventionspolitischen Innovationsstau

Wo stehen wir in der Prävention in Deutschland? Der Fundus an validen Ergebnissen der Präventionsforschung wächst stetig. Wir kennen die wichtigsten Determinanten der Gesundheit, wir wissen in vielen Bereichen, wie man intervenieren muss. Des Weiteren gibt es mit der heutigen gesundheitsstatistischen Infrastruktur, etwa dem Indikatorensystem des Statistischen Bundesamtes oder der Gesundheitsberichterstattung beim Robert Koch-Institut eine gute Datenbasis für eine zielgerichtete und nachhaltige Präventionspolitik - von der Bedarfsbestimmung bis zur Maßnahmenauswahl. Wir haben gute Handlungskonzepte, gute Leitlinienpapiere, gerade auch aus der WHO und der europäischen Ebene, in vielen Bereichen gibt es hilfreiche Manuale, wir haben wichtige Bücher zur konzeptionellen Selbstverständigung, z.B. die Leitbegriffe der BZgA, wir haben auf den verschiedenen Ebenen des Handlungssystems - Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, Gesundheitsämter usw. - gut ausgebildete Fachleute für die Prävention und wir haben Netzwerke, die diese Akteure verbinden. In Deutschland sind somit heute wichtige infrastrukturelle Voraussetzungen für eine nachhaltige Prävention vorhanden, aber das politische System ist derzeit nicht in der Lage, dieses Potential für einen präventionspolitischen Aufbruch zu nutzen, wir haben statt dessen einen präventionspolitischen Innovationsstau. Das ist in diesen ökonomisch dominierten Zeiten eigentlich seltsam, weil zunehmend ja auch die ökonomischen Vorteile einer guten Prävention belegt sind. Nur zwei Beispiele: Vielleicht kennen Sie die Diskussion um die Perry Preschool Study, einer Frühintervention in den 60er Jahren, heute würde man von „Kinder stark machen“ sprechen, mit Nachuntersuchungen über mehrere Jahrzehnte. Manche Analysen schreiben dieser Intervention einen Return on investment von 1:17 zu - das gibt es sonst nur im

Drogen- oder Derivatehandel. Selbst wenn davon mit anderen Frühinterventionen nur ein Drittel dieses Gewinns verlässlich einzuspielen wäre, wäre es reine Geldverschwendung, es nicht zu tun. Etwas breiter ist die gesundheitsökonomische Datenbasis in der betrieblichen Gesundheitsförderung, hier ist von einem Return on investment von 1:2 bis 1:6 bei guten Projekten die Rede. Mit welchen alternativen Investments ist das in der Industrie sonst zu erreichen?

Aber: Ein Präventionsgesetz wird es in absehbarer Zeit nicht geben. Die Bundesregierung bereitet stattdessen gerade eine „Präventionsstrategie“ vor. Dabei sollen immerhin die Maßnahmen der Krankenkassen verschärften Anforderungen an Qualitätssicherung und Evaluation unterliegen - der Bundesrechnungshof verlangt das. Ansonsten sind die Stärkung der Rolle der Hausärzte in der Prävention und ein Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung vorgesehen. Eine inkrementelle Entwicklung.

Eine strategische Ausrichtung der Prävention, die Stärkung und Bündelung ihrer Ressourcen und die Verwirklichung des vielzitierten Worts, Prävention sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, das alles bleibt also Zukunftsaufgabe. Am Nebeneinander diverser nationaler Aktionspläne und Präventionskampagnen wird sich zunächst wenig ändern. Ebenso an der überschaubaren finanziellen Ausstattung der Prävention. Man kann die Politik hier sogar verstehen: Ein substanzielles Umsteuern würde bedeuten, dass Geld von den Taschen des kurativen Systems in ein System fließen müsste, in dem andere Akteure profitieren. Verteilungskonflikte provoziert kein Politiker ohne Not. Bestehende Systeme haben eben ein beeindruckendes Beharrungsvermögen - ein Argument, das übrigens auch im positiven Sinne gilt und für den Aufbau guter und wetterfester Strukturen in der Prävention spricht. Um hier voranzukommen, müsste man vielleicht sogar einmal über die Sinnhaftigkeit eines Präventionsausschusses des Bundestags nachdenken. Einen Sportausschuss gibt es schließlich auch.

7. Forschung Teil 2: Defizite im Wissensmanagement, KNP als Lösungsansatz?

Zieht man aus diesen - hier nur schlaglichtartig aufgeblätternen - Beobachtungen Schlussfolgerungen für die Präventionsforschung, würde ich folgende Punkte festhalten wollen:

Mehr Controlling und Regionalforschung

Wie schon gesagt, die Datengrundlagen für eine bedarfsorientierte Prävention sind so gut wie nie zuvor. Psychische Gesundheit, die Prävention von Krebs und Herz-Kreislaufkrankungen, Reduktion von Tabak- und Alkoholkonsum und Bewegungsförderung: Es gibt ausreichend Evidenz, diese Themen auf die vorderen Plätze der präventionspolitischen Agenda zu setzen.

Es wäre dabei wichtig, für ausgewählte präventive Handlungsfelder in regelmäßigen „**Statusanalysen**“ die Situation, den Handlungsbedarf, die Maßnahmen und die Ergebnisse zu beschreiben. Ohne Transparenz kein Fortschritt. Controlling gehört einfach zum Geschäft, wenn man weiterkommen will.

Ein weiterer wichtiger Aspekt wäre die Stärkung **regionaler Handlungsfähigkeiten**. Wäre es nicht gut, wenn wir mehr darüber wüssten, wie sich Risikofaktoren kleinräumig verteilen, wenn kommunale Gesundheitskonferenzen empirisch befragt würden, wenn wir Forschung zum Nutzen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung hätten, oder wüssten, welche Gesundheitseffekte regionale Ernährungsgewohnheiten haben und wie sie in einen vielleicht konsistenten regionalen Lebensstil eingebettet sind – statt Nährwerttabellen zu verteilen? Prävention muss im Alltag, d.h. in der Gemeinde, im Landkreis, verankert werden, in einer vernünftigen, an die Lebensführung der Menschen anknüpfenden Weise, und das sollte sich auch in der Präventionsforschung widerspiegeln.

Mehr Comparative Effectiveness Research und politikwissenschaftliche Forschung

Dann brauchen wir mehr empirische **Transferforschung**. Das hat mehrere Ebenen.

Dort, wo wir bereits eine hinreichende Studienlage zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen haben, wäre so etwas wie das amerikanische **Comparative Effectiveness Research-Programm** gut, um Programmalternativen vor der Implementierung zu selektieren. Dann wird vielleicht die Projektförderung für das 17. Projekt zum Thema X mit den fast gleichen Inhalten wie beim 16. überflüssig. Auch die KNP-Projekt Datenbank kann dazu einen Beitrag leisten.

Darüber hinaus brauchen wir mehr empirische Forschung zu **Umsetzungsprozessen**. Wie wird Wissen in den Betrieben, den Schulen relevant, oder nicht, aus welchen Medien beziehen Praktiker ihre Informationen, was folgt daraus für die Publikation von Forschung, wo scheitert der Transfer von Modellprojekten in die Präventionspraxis, wo und warum wird am gleichen Thema parallel gearbeitet, wo fehlen dem Gesundheitswesen institutionelle „Rezeptoren“ für präventives Denken (z.B. Gesundheitsförderkonferenzen), unter welchen Bedingungen funktionieren Netzwerke gut, unter welchen schlecht, was lässt politikfeldübergreifende Interventionen (also Health in all Policies) gelingen, wann scheitern sie usw. Dabei geht es weniger um medizinisch-epidemiologische Forschung, sondern um politikwissenschaftliche Forschung. Es geht also auch um den notwendigen weiteren **interdisziplinären Ausbau** der Präventionsforschung.

Die Transferforschung ist noch keine Praxis, sie braucht selbst einen Transfer in die Praxis, das gilt auch für die Ergebnisse von KNP. Dazu sind **institutionelle Stützen** notwendig, z.B. die Einrichtung von Programmzentren auf Länderebene, die Daten und Konzepte bereitstellen. Broschüren zum Praxistransfer alleine reichen nicht.

Und schließlich: Wenn eine nachhaltige Prävention so eng mit den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen verknüpft ist, wie es die Erfahrungen der Vergangenheit nahelegen, dann dürfen diese Rahmenbedingungen, der demografische Wandel, die Verfestigung sozial prekärer Lebenslagen (schon bei Kindern), Migration, die Individualisierung von Lebensentwürfen, der Klimawandel und die globale Risikosegregation, also das Ablagern industrieller Risiken in der Dritten Welt, nicht aus einer heilen Präventionswelt der Rückenschulen und Entspannungskurse ausgespart werden. Mit Salomon Neumann gesprochen: Die Frage, welches die eigentlich naturgemäße Organisation der menschlichen Gesellschaft sei, ist keine

Grenzüberschreitung der Kompetenz der Medizin bzw. der Gesundheitswissenschaften, „die medizinische Wissenschaft ist in ihrem innersten Kern und Wesen eine soziale Wissenschaft“. Einerseits. Andererseits gilt natürlich, dass wir keinem präventiven Größenwahn verfallen dürfen. Auch mit der besten Prävention gibt es keine durch und durch gesundheitsoptimierte Gesellschaft. Dass die Prävention nicht abtinent gegenüber einer gesundheitsgerechten Veränderung der Lebensbedingungen sein darf, heißt nicht, dass die Gesellschaft insgesamt präventiv organisiert werden kann oder auch nur soll. Der "gesunde Volkskörper" ist immer totalitär.

Mehr theoriegeleitete und sozialkritische Forschung

In der Präventionsforschung muss, das ist eine Konsequenz daraus, über die empirisch-epidemiologische Arbeit hinaus auch wieder mehr Wert auf **Theorie** gelegt werden, und zwar Theorie, die den Zusammenhang von Verhalten und Verhältnissen angemessen reflektiert und nicht nur referenzerweisend im Vorwort erwähnt und dann beiseite schiebt. Theorie gibt Orientierung und ohne Orientierung gibt es keine Nachhaltigkeit. Damit hat Präventionsforschung auch einen kritischen, gegentendenziellen Auftrag und muss die Politik an unbequeme Wahrheiten erinnern. Prävention ohne sozialpolitische Positionierung ignoriert zentrale sozialepidemiologische Befunde - und die Protagonisten einer solchen zeitgeistkonformen Prävention müssen sich fragen, oder sollten gelegentlich gefragt werden, ob sie nicht zu „servants of power“ werden, wie Loren Baritz die affirmative Rolle sozialwissenschaftlicher Experten in der amerikanischen Industrie einmal charakterisiert hatte. Die Politik braucht die Wissenschaft auch als Widerpart, nicht nur als Begleitmusik. Der Brief von 400 britischen Gesundheitswissenschaftlern, von Michael Marmot bis Margaret Whitehead, an die britische Regierung in The Daily Telegraph vom 4. Oktober, der die Health and Social Care Bill kritisiert, möge als Beispiel dienen. Bei Risiken für die Drittmittelinwerbung fragen Sie Ihre Vorgesetzten oder ihr Gewissen.

KNP diskutiert, wenn ich das recht sehe, viele der hier angesprochenen Themen, oder vielleicht auch alle. Dieser Diskussionsprozess an sich ist wertvoll. Ob er der Präventionslandschaft in Deutschland zu mehr Nachhaltigkeit verhilft - die hoffentlich geplante Evaluation von KNP wird es zeigen.

Kontakt:

Dr. Joseph Kuhn
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Veterinärstr. 2, 85764 Oberschleißheim
joseph.kuhn@lgl.bayern.de