

Rolf Rosenbrock

**Primärprävention –
Was ist das und was soll das?**

März 2008

Bestell-Nr. SP I 2008-303

ISSN 1866-3842

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health
Schwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Zusammenfassung

Die durchschnittliche Lebenserwartung steigt kontinuierlich an, die Phase chronischer Erkrankungen beginnt dabei immer später im Leben. Diese *compression of morbidity* eröffnet der Gesundheitspolitik die Perspektive auf ‚mehr gesunde Jahre in einem längeren Leben‘. Dabei spielt der Ausbau der Primärprävention eine unverzichtbare Rolle. Angesichts der großen, sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen sind Interventionen von besonderem Interesse, die insbesondere sozial benachteiligte Menschen gut erreichen. Solche Interventionen zielen sowohl auf die Senkung von Gesundheitsbelastungen als auch auf die Vermehrung gesundheitsdienlicher Ressourcen, sie sind häufig krankheitsunspezifisch, sie berücksichtigen und verändern auch die Verhaltenskontexte und sie sind in hohem Maße partizipativ. Diese Voraussetzungen werden bislang v. a. von Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und von multimodalen Gesundheitskampagnen erfüllt. An der Übertragung dieser Ansätze auf andere Settings bzw. Zielgruppen bzw. Themen wird gegenwärtig gearbeitet. Auch wenn Zahl und Qualität solcher Projekte bzw. Kampagnen erheblich vermehrt werden, können sie angesichts der – durch Bildung, Arbeitsmarkt und Einkommensverteilung - anhaltenden Produktion von sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen keine vollständige Chancengleichheit herbeiführen.

Der vorliegende Text beruht auf einem Vortrag und enthält wesentliche Aussagen des Buchs: Rolf Rosenbrock, Claus Michel: Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung, Medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin 2007

Abstract

The average life expectancy continues to rise, with the onset of chronic illness occurring increasingly later in life. With regard to health policy, this compression of morbidity results in a focus on “more healthy years in a longer life,” making primary prevention of central importance. Given the degree of health inequalities produced by social causes, interventions reaching the socially disadvantaged are particularly interesting in this regard. Such interventions aim to reduce health burdens while increasing health resources; frequently, they do not address any specific disease, but rather seek to create social change within the immediate environment of the communities served. Many of the preferred means of intervention are based on participatory models. To date work-site health promotion programs focusing on organizational development and multi-modal health campaigns have shown the most success in achieving this end in Germany. Currently, the knowledge gained from these interventions is being transferred to other settings and target groups. Due to the social mechanisms which continue to reproduce health inequalities – through education, labor policy, and income distribution – such interventions cannot close the health gap, even if the number and quality of such interventions are increased in scale.

This text, based on a lecture by the author, presents arguments found in: Rolf Rosenbrock, Claus Michel: *Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung* [Primary Prevention: Building Blocks for a Policy of Systematic Health Assurance], Medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin 2007

Inhaltsverzeichnis

1.	<i>Die Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung</i>	7
1.1.	Steigende Lebenserwartung	7
1.2.	Dominanz chronischer Krankheiten	8
1.3.	Ungleiche Verteilung der Gesundheitschancen	9
2.	<i>Präventive Gesundheitspolitik erfordert Innovationen</i>	11
3.	<i>Was ist der ‚state of the art‘ für primärpräventive Interventionen?</i>	12
3.1.	Belastungssenkung und Ressourcenförderung	12
3.2.	Aufwertung unspezifischer Interventionen	13
3.3.	Priorität für Kontextbeeinflussung	14
3.4.	Priorität für Partizipation	14
3.5.	Qualitätssicherung	15
4.	<i>Typen und Arten der Primärprävention</i>	16
4.1.	Individuell ansetzende Prävention ohne Kontextbeeinflussung	17
4.2.	Individuell ansetzende Primärprävention mit Beeinflussung des Kontexts	18
4.3.	Settingbasierte Primärprävention	18
4.4.	Primärprävention durch Kampagnen	23
5.	<i>Perspektiven</i>	25
6.	<i>Literatur</i>	29

Primärprävention – Was ist das und was soll das?

Vorbeugen ist besser als Heilen – aus vielen guten Gründen: Prävention kann vermeidbares Leid verhindern. Prävention kann das Leben verlängern. Prävention kann die Lebensqualität steigern. Prävention kann ein produktives und aktives Leben ermöglichen. Prävention kann Spaß machen. Prävention kann den Zusammenhalt in der Gesellschaft fördern. Prävention kann Kosten der Krankenversorgung sparen.

Doch es wird auch gegen die Prävention argumentiert: Prävention funktioniert nicht oder nur unter Zwang. Prävention kann zwar das Leben verlängern, aber die gewonnene Zeit wird in Krankheit und Leid zugebracht. Prävention verursacht Kosten, weil länger lebende Menschen mehr kostenträchtige Krankheiten erleiden.

Im Folgenden geht es darum zu zeigen, dass und unter welchen Umständen die guten Gründe für die Prävention zutreffen, die Argumente dagegen aber nicht.

1. *Die Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung*

Drei große Trends bestimmen die Entwicklung der Gesundheit in der Bevölkerung reicher Industrieländer (Rosenbrock/Gerlinger 2006). Sie machen deutlich, weshalb die Prävention als notwendiger Bestandteil moderner Gesundheitssicherung erheblich aufgewertet und ausgeweitet werden muss.

1.1. **Steigende Lebenserwartung**

Die Lebenserwartung steigt pro Jahrzehnt um mehr als ein Jahr. Wir werden aber nicht nur älter, sondern im Bevölkerungsdurchschnitt auch immer gesünder älter – mehr Lebensjahre sind eben nicht automatisch mit mehr ‚kranker‘ Zeit verbunden. Diese Fortschritte in Hinblick auf Lebensdauer und Lebensqualität sind nur zu maximal einem Drittel auf Fortschritte in der Medizin und in der Krankenversorgung zurückzuführen (SVR 2002, Band I, Ziff. 95 sowie SVR 2005). Zu mindestens zwei Dritteln beruhen sie – trotz mancherlei gegenläufigen Tendenzen – auf insgesamt

besseren Lebensbedingungen, besserer Bildung – in enger Verbindung damit – auf besserer Ernährung und gesundheitsgerechterem Verhalten¹.

Aufgabe der Gesundheitspolitik ist es, diesen Trend zu unterstützen, das heißt, die gesundheitsfördernden Faktoren zu verstärken und Gesundheitsbelastungen zu verringern. Dies ist nicht primär mit mehr Medizin, sondern vor allem durch die Schaffung besserer Lebensbedingungen (Bildung, Arbeit, Einkommen, Konsum, Erholung) und – ergänzend und unterstützend - durch primäre Prävention zu leisten. Schließlich zeigt ein Blick auf die Geschichte, dass der Sieg über die großen Infektionskrankheiten mit der Tuberkulose an der Spitze nicht mit den Mitteln der Medizin errungen wurde, sondern durch mehr Hygiene in den Städten, bessere Ernährung, durch bessere Arbeitsbedingungen und mehr Bildung (McKeown 1982).

Perspektivisch geht es darum, in einem insgesamt längeren Leben die Anzahl der mit Krankheit zugebrachten Jahre immer weiter zu verringern (*compression of morbidity*) (SVR 2005, Ziff. 154 ff.). Während für Deutschland entsprechende Daten noch fehlen, zeigen neuere Untersuchungen zum Beispiel aus den USA, dass eine solche Entwicklung schon heute empirisch messbar ist (Fries 2003): Im Bevölkerungsdurchschnitt verschiebt sich der Beginn der im Lebensverlauf bislang als unvermeidbar geltenden Phase mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen schneller nach hinten, als die durchschnittliche Lebensdauer zunimmt. Die Vision eines längeren Lebens mit mehr gesunden Jahren Zeit wird also zur Realität.²

1.2. Dominanz chronischer Krankheiten

Wenn der Trend zum langen und gesunden Leben verstetigt und beschleunigt werden soll, müssen sich die Bemühungen der Gesundheitspolitik in erster Linie auf die wenigen „großen“ Erkrankungen beziehen, die das Krankheits- und Sterbengeschehen in industrialisierten Ländern bestimmen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartige Neubildungen, Stoffwechselerkrankungen wie der Typ-2-Diabetes, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), chronische Muskel-Skelett-

1 Deshalb ist es z. B. unsinnig, die nationalen Ausgaben für Medizin und Krankenversorgung mit der Lebenserwartung in Beziehung zu setzen und daraus auf die Leistungsfähigkeit des jeweiligen Gesundheitssystems zu schließen.

2 Das ignorieren Autoren wie Beske (2005) („Prävention spart keine Kosten“) und Krämer (1997) („die Fortschrittsfalle der Medizin“) beharrlich und ziehen aus ihren kontrafaktischen Annahmen weit reichende, für die Prävention durchweg pessimistische Schlussfolgerungen.

Erkrankungen, psychisch manifestierte Leiden sowie Unfälle. Diese Krankheiten sind für mehr als zwei Drittel des Krankheits- und Sterbegeschehens in den Industrieländern verantwortlich. Bei aller Verschiedenheit im Hinblick auf Verursachung, Krankheitsverlauf und Endpunkt haben sie zwei für die Gesundheitspolitik entscheidende Gemeinsamkeiten:

Zum einen sind sie nach ihrem Auftreten meist nicht mehr heilbar, sondern bedürfen meist lebenslanger medizinischer und sozialer Begleitung und Betreuung. Daher verursachen sie auch mehr als zwei Drittel der Ausgaben der Krankenversorgung. Die Bemühungen der Gesundheitspolitik zum Abbau von Unter-, Über- und Fehlversorgung insbesondere für chronisch Kranke (SVR 2002, Band III) haben das Ziel, diese Kosten zu verringern oder die dafür aufgewendeten Ressourcen besser zu verwenden. Darüber gerät aber die zweite Gemeinsamkeit häufig aus dem Blickfeld: Diese Krankheiten sind in erheblichem Umfang vermeidbar – und zwar durch den Abbau von Gesundheitsbelastungen in der physischen und sozialen Umwelt, durch Vermeidung von Fehlanreizen in der Bildung, bei der Arbeit und beim Konsum sowie durch eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens (SVR 2002, Bd. I, Kap. 2; SVR 2003, Bd. II, Kap. 5, SVR 2005 Kap. 4).

Wenn es beispielsweise gelänge, die gesamte Bevölkerung an wissenschaftlich erwiesenen wirksamen Maßnahmen der Verhaltensbeeinflussung teilnehmen zu lassen, könnte mittelfristig etwa ein Viertel der chronisch-degenerativen Erkrankungen vermieden werden (Schwartz et al. 1999)³ Hinzu kommen die wahrscheinlich noch größeren Potenziale der Verhältnisprävention, bei der es darum geht, die Lebens- und Arbeitsbedingungen mit den Bedürfnissen der menschlichen Gesundheit in größere Übereinstimmung zu bringen.

1.3. Ungleiche Verteilung der Gesundheitschancen

Eine präventive Strategie kann nur erfolgreich sein, wenn sie den dritten großen Trend der Gesundheitsentwicklung in Industrieländern angemessen berücksichtigt:

3 Bei dieser methodisch gut fundierten Schätzung wird allerdings unterstellt, dass die meist bei gut motivierten Gruppen erzielten Erfolge der Verhaltensbeeinflussung auf die gesamte Bevölkerung übertragen werden können. Insofern ist diese Schätzung im Hinblick auf die Potenziale der Verhältnisprävention wahrscheinlich zu optimistisch. Sie ist andererseits aber auch zu konservativ, weil sie die Möglichkeiten der Verhältnisprävention, von Setting-Projekten und von Gesundheitskampagnen überhaupt nicht berücksichtigt. Eine gut durchdachte Präventionspolitik wird deshalb alle diese Methoden angemessen einbeziehen.

Die kontinuierlich anfallenden Gesundheitsgewinne und damit die Chancen für ein langes und gesundes Leben sind auch in reichen Ländern höchst ungleich verteilt. Stellt man sich die gesamte in Deutschland lebende Bevölkerung nach ihrer Ausbildung, der Stellung im Beruf und dem Einkommen als Säule vor und teilt diese Säule in fünf gleich große „Schichten“, so wird deutlich, dass sich die Gesundheit wie die Lebenserwartung im Gegensatz zu den Durchschnittsziffern für die Gesamtbevölkerung seit Jahrzehnten nicht verbessert, sondern eher verschlechtert. Angehörige des untersten Fünftels tragen in jedem Lebensalter – von der Wiege bis zur Bahre – statistisch betrachtet ein mindestens doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben wie Angehörige des obersten Fünftels. Dabei zeigen sich auch relevante geschlechtsspezifische Unterschiede: Betrachtet man zum Beispiel die Lebenserwartung im Verhältnis zum Einkommen (hier in Viertel der Bevölkerung unterteilt), werden die Männer im einkommensstärksten Viertel durchschnittlich zehn Jahre älter als die aus dem einkommenschwächsten Viertel. Bei den Frauen dagegen beträgt dieser Unterschied „nur“ fünf Jahre (SVR 2005, Kap. 4; Mielck 2005). Hinzu kommt: Bei Männern und Frauen aus dem untersten Fünftel manifestieren sich chronische Erkrankungen im Durchschnitt sieben Jahre früher als bei Menschen aus dem untersten Fünftel.

Die Ursache dieser sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen sind kumuliert größere Gesundheitsbelastungen von Geburt an durch schlechtere Lebensbedingungen und auch durch riskanteres Gesundheitsverhalten. Dies führt dazu, dass nahezu alle Krankheiten bei Menschen mit sozialer oder geschlechtsbedingter Benachteiligung (durch geringe Bildung, geringes Einkommen, ungünstige Arbeitsbedingungen oder Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnverhältnisse, unzureichende soziale Integration, geringe Erholungsmöglichkeiten) und dem mit diesen Faktoren in enger Wechselwirkung stehenden gesundheitsriskanten Verhalten (v. a. im Hinblick auf Ernährung, Bewegung, Stressverarbeitung, Tabak- und Alkoholkonsum) sehr viel häufiger auftreten und einen schwereren Verlauf haben als bei besser situierten Menschen.

Die meisten dieser Faktoren können jedoch beeinflusst werden. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass Prävention mit Methoden und Instrumenten arbeitet, die die sozial benachteiligten Gruppen und Schichten auch tatsächlich erreichen und bei ihnen wirken. Sie müssen an ihren erlebten Alltag anknüpfen und Angebote

enthalten, die unter den realen Lebensbedingungen auch wirklich angenommen werden.

2. *Präventive Gesundheitspolitik erfordert Innovationen*

Zusammengefasst bedeutet dies: Auch weil die medizinisch meist nicht vollständig heilbaren, überwiegend chronischen und degenerativ verlaufenden Erkrankungen dominieren, muss Gesundheitspolitik mehr sein als Kostendämpfung und Verbesserung der Krankenversorgung. Gerade unter diesen Bedingungen erscheint es realistisch und notwendig, am eigentlichen Ziel der Gesundheitspolitik – ein möglichst langes Leben mit möglichst wenig Krankheit für die gesamte Bevölkerung – festzuhalten. Auf dem Weg dorthin müssen zwei große Herausforderungen angenommen werden:

Zum einen geht es nach wie vor darum, durch geeignete Qualifikation, Anreize und institutionelle Bedingungen im System der Krankenversorgung dafür zu sorgen, dass jeder Mensch mit einem chronischen oder akuten Gesundheitsproblem eine vollständige, hochwertige und integrierte Versorgung erfährt. Dazu muss die Über-, Unter- und Fehlversorgung weiter abgebaut werden (SVR 2002, Band III). Ebenso wichtig ist es zum anderen, durch geeignete Methoden und Instrumente der primären Prävention den Ausbruch von Krankheiten zu verhüten oder hinauszuzögern. Da sowohl die Erkrankungen als auch ihre Ursachen in den sozial benachteiligten Gruppen und Schichten der Bevölkerung sehr viel häufiger auftreten als in den Mittel- und Oberschichten, müssen sich beide Strategien insbesondere auf die Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten der Gesundheits- und Versorgungschancen richten. Auf beide Herausforderungen lässt sich nicht mit bloßer Weiterentwicklung von Bekanntem und Bewährtem antworten, vielmehr sind Neuentwicklungen im Sinne von sozialen Innovationen (Zapf 1994) gefordert. Das impliziert unter anderem, dass Suchprozesse organisiert und Experimente zugelassen werden müssen.

Angesichts der in unserer Zivilisation starken und dauerhaften Anreize zur Gefährdung bzw. Beschädigung der Gesundheit (Sozialverhalten, Stressverarbeitung,

Bewegung, Ernährung, Konsum, Alltagsdrogen) kann bloße Information und Aufklärung über Gesundheitsrisiken und gesundheitsgerechtes Verhalten ebenso wenig bewirken wie Zwang und Strafe. Auch aufgrund dieser Erkenntnis hat die Entwicklung von Methoden und Strategien der Primärprävention in den letzten Jahrzehnten einen deutlichen Aufschwung genommen. Ein Meilenstein auf diesem Weg war die Verabschiedung der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung durch die Weltgesundheitsorganisation im Jahre 1986, die der Entwicklung von „New Public Health“ wichtige und bis heute wirksame Impulse verlieh. Die Ottawa-Charta baut auf breiten und prozessorientierten Konzepten sowohl von Gesundheit/Krankheit als auch von Intervention auf und fasst den Stand der internationalen Diskussion zusammen, der – zeitlich parallel und unabhängig von der Charta – auch in anderen Interventionsfeldern der Primärprävention, zum Beispiel im Hinblick auf Aids, zu ähnlicher Praxis geführt hatte (Rosenbrock, Schaeffer 2002).

3. *Was ist der ‚state of the art‘ für primärpräventive Interventionen?*

Gegenüber der hergebrachten Praxis der Gesundheitserziehung und von ‚Old Public Health‘ impliziert der Übergang zu ‚New Public Health‘ vier Innovationen (Rosenbrock 2004)⁴:

3.1. **Belastungssenkung und Ressourcenförderung**

Sowohl Strategien der Verhaltensbeeinflussung bzw. Gesundheitserziehung als auch solche der gesundheitsgerechten Gestaltung von materiellen und sozialen Umwelten können sich zwar in manchen Fällen darauf beschränken, tatsächliche oder mögliche **Gesundheitsbelastungen** (also z. B. chemische, physikalische und biologische Belastungen, Disstress, körperliche und seelische Überlastungen, geringe Verhaltensspielräume, schlechte Ernährung, Tabak-Rauchen, Bewegungsmangel, soziale Isolierung) zu beeinflussen. Meist wird es jedoch zugleich auch darauf ankommen, die Vermehrung von **gesundheitsdienlichen Ressourcen**

⁴ Elemente dieser Innovationen finden sich verstreut auch schon in früher angewendeten Interventionen. Der mit der Ottawa Charta dokumentierte und angestoßene Paradigmenwechsel besteht v. a. darin, diese Innovationen als essentielle Bestandteile primärer Prävention aufgewertet und systematisiert zu haben.

cen (z. B. Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, Kompetenzen, Information, Bildung, Handlungswissen, Einkommen, angemessene Partizipation, Verhaltensspielräume, Unterstützung durch soziale Netze, Erholung) der betroffenen Individuen bzw. Zielgruppen anzustreben. Dahinter steht die ebenfalls im Gefolge der Ottawa Charta einflussreicher gewordene, an Übergängen und Nuancen reichere Sichtweise auf Gesundheit, die die Dichotomie von „gesund“ und „krank“ überwindet und Gesundheit als geglückte, und Krankheit als missglückte Balance zwischen Gesundheits-Belastungen einerseits und Gesundheits-Ressourcen andererseits sieht (Rosenbrock 1997). Mit der Aufwertung und Systematisierung der Förderung von gesundheitsdienlichen Ressourcen verbindet sich nicht nur die Vorstellung, Menschen in den Stand zu versetzen, Risiken für ihre Gesundheit sensitiver wahrzunehmen und aktiver an ihrer Minderung zu arbeiten, sondern auch die durch viele Untersuchungen (zum Beispiel Antonovsky 1987, Karasek und Theorell 1990) gut belegte Erwartung, dass sich mit zunehmender Transparenz von Lebenssituationen, mit Qualifikation, wachsenden Entscheidungsspielräumen, direkter Partizipation (Bagnara et al. 1985) sowie durch materielle und ideelle soziale Unterstützung (House 1981, Berkman and Syme 1979) die Fähigkeit zur Belastungsverarbeitung erhöht, die Erkrankungs-wahrscheinlichkeit mithin sinkt. Gesundheitsressourcen werden also im Hinblick auf Krankheitsvermeidung benötigt, (1) um die physischen bzw. psychischen Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen zu erhöhen; (2) um die individuellen Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern, (3) um Handlungskompetenz für die Veränderung von Strukturen zu entwickeln bzw. freizusetzen, die (a) entweder direkt die Gesundheit belasten oder (b) die Gesundheit belastendes Verhalten begünstigen.

3.2. Aufwertung unspezifischer Interventionen

Schon die Geschichte erfolgreicher Primärprävention (Labisch 1992, McKeown 1982) zeigt, dass mit ein und derselben Maßnahme bzw. Strategie (z. B. Stadtsanierung, allgemeine Bildung, Arbeitsschutz, Partizipation etc.) Beiträge zur Senkung der Inzidenz mehrerer und verschiedener Krankheiten erzielt werden können. Der gleiche Effekt zeigt sich zum Beispiel auch bei der Anwendung integrierter

Strategien betrieblicher Gesundheitsförderung (Lenhardt et al. 1997; Lenhardt 2003). Die Beeinflussung von scheinbar weit von den unmittelbaren Krankheitsursachen angesiedelten („distalen“) Faktoren (z. B. Partizipation, soziale Unterstützung), deren Beitrag zur Krankheitsentstehung in vielen Fällen auch heute noch nicht hinreichend erforscht ist, kann danach einen größeren präventiven Effekt haben – sowohl im Hinblick auf bestimmte Zielkrankheiten als auch im Hinblick auf die Gesamt-Morbidität/-Mortalität – als die Bearbeitung von Faktoren, deren kausale Beziehung zur Krankheitsentstehung (z.B. Fehlernährung, Bewegungsmangel, Tabakrauchen) sehr viel enger bzw. direkter ist. Das gilt sowohl für die Senkung von Gesundheitsbelastungen als auch für die Vermehrung von Gesundheits-Ressourcen.

3.3 Priorität für Kontextbeeinflussung

Um eine möglichst große Wirkung v. a. bei sozial benachteiligten Zielgruppen zu erzielen, reicht es regelmäßig nicht aus, die Intervention auf die Anwendung der Instrumente ‚Information, Aufklärung und Beratung‘ zu beschränken. Vielmehr steigt die Wahrscheinlichkeit des Erfolgs mit der Beeinflussung des Verhaltenskontextes, sei es auf individueller Ebene, sei es im Setting oder sei es im Rahmen von integrierten, multimodalen und intersektoralen Kampagnen für die gesamte Bevölkerung oder definierte Teilgruppen. Information, Aufklärung und Beratung bilden im Regelfall eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung erfolgreicher Prävention.

3.4. Priorität für Partizipation

Spätestens seit den praktischen und theoretischen Arbeiten von Paolo Freire in den 70er Jahren darf als etabliert gelten, dass insbesondere Menschen mit geringer formaler Bildung sowohl kognitiv wie habituell desto erfolgreicher lernen, je besser und unmittelbarer das Lernangebot an ihrem praktischen Alltag anknüpft und je mehr sie das zu Erlernende in ihrem praktischen Alltag selbst entwickeln und ausprobieren können (Freire 1980). Aus dem Leitbeispiel erfolgreicher Primärprävention im Setting, der betrieblichen Gesundheitsförderung ist zudem bekannt, dass Verhaltens- und Verhältnisänderungen desto erfolgreicher und nachhaltiger sind, je stärker die Beteiligten an der Problemeinschätzung, der Konzipierung und

Implementation der Veränderungen sowie auch an der Qualitätssicherung direkt beteiligt sind. Aus diesem Sachverhalt folgt die Forderung nach **einem hohen Grad an direkter Partizipation** der Zielgruppen.

3.5. Qualitätssicherung

Um die Potenziale dieser vier Innovationen der Primärprävention nachhaltig zur Gestaltung zu bringen und zu verallgemeinern, tritt ein **Querschnittserfordernis** hinzu:

Die Anwendung von Konzepten und Strategien, die diese vier Innovationen aufgreifen und benutzen, führt zu sehr beachtlichen Erfolgen in der Prävention (Smedley/Syme 2001, Minkler 1997), ohne dass die Wirkmechanismen vollständig bekannt wären. Primäre Prävention nach dem *state of the art* der Ottawa Charta und verwandter Konzepte ist deshalb nicht einfach die Anwendung bekannter Regeln, sondern immer auch eine Entwicklungsaufgabe, ein Suchprozess. Für die Praxis bedeutet dies, dass bei jeder Intervention wo immer möglich dafür gesorgt werden muss, dass die gesundheitliche und soziale Ausgangslage, die relevanten Aspekte der Intervention und die Ergebnisse der Intervention nach wissenschaftlichen Standards dokumentiert werden, um auf diese Weise Auswertungen zu ermöglichen, die den Stand des Wissens über die Potenziale und die Wirkmechanismen primärer Prävention weiter entwickeln. In der Praxis wird gegen dieses gesundheitswissenschaftlich begründete Postulat regelmäßig verstoßen (Emmons 2001), weil sich Möglichkeiten, Strategien, Zeitpunkte und Dauer präventiver Interventionen meistens nach anderen Kriterien (Zugang, Finanzierung etc.) als solchen der Forschung und Evaluation richten. Die Zunahme der Anzahl wie auch der Varianz von Interventionen im Rahmen geplanter und wissenschaftlich gesteuert gesteuert Programme ist deshalb nicht nur eine Chance für die Präventionspolitik, sondern kann zugleich wertvolle Beiträge zur Methodenentwicklung im Hinblick auf Auswahl, Durchführung, Qualitätssicherung, Vernetzung und Evaluation von präventiven Interventionen und Strategien leisten. Von besonderer Bedeutung ist die Beteiligung sowohl der Akteure als auch der Zielgruppen an der Konzipierung und Umsetzung der Qualitätssicherung und der Evaluation (Wright 2004).

4. Typen und Arten der Primärprävention

Primärpräventive, d. h. Belastungen senkende und Ressourcen vermehrende Aktivitäten und Strategien lassen sich drei Interventionsebenen zuordnen: dem Individuum, dem Setting und der Bevölkerung. Je nachdem, ob die Intervention sich auf Information, Aufklärung und Beratung beschränkt oder ob sie auch Interventionen zur Veränderung gesundheitsbelastender bzw. ressourcenhemmender Faktoren bzw. Anreize der jeweiligen Umwelt/des jeweiligen Kontextes einschließt, ergeben sich sechs Strategietypen, zu denen in Abbildung 1 jeweils ein Beispiel gegeben wird.

Abbildung 1: Typen der Primärprävention

	Information, Aufklärung, Beratung	Beeinflussung des Kontexts
Individuum	1. z. B. ärztliche Gesundheitsberatung, Gesundheitskurse	2. z. B. ‚präventiver Hausbesuch‘
Setting	3. z. B. Anti-Tabak Aufklärung in Schulen,	4. z. B. betriebl. Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung
Bevölkerung	5. z. B. ‚Esst mehr Obst‘, ‚Sport tut gut‘, ‚Rauchen gefährdet die Gesundheit‘, ‚Seid nett zueinander‘	6. z. B. HIV/Aids-Kampagne, Trimming 130

Für jeden dieser sechs Strategietypen lassen sich zweckmäßige Einsatzfelder identifizieren, jeder dieser Handlungstypen erfordert unterschiedliche Instrumente, Ressourcen, Akteurkonstellationen und Methoden der Qualitätssicherung⁵. Es ist eine zentrale gesundheitspolitische Steuerungsaufgabe, dafür zu sorgen, dass je nach Zielgruppe und Gesundheitsrisiko der jeweils angemessene Strategietyp zum Einsatz kommt. Im Selbstlauf tendiert die Politik (auf Makro-, Meso- und Mikro-Ebene) dazu, jeweils auch dann auf weniger komplexe Interventionen (z. B. Inter-

⁵ Nur noch einmal zur Klarstellung: Jeder dieser sechs Strategietypen enthält – wenn er nach dem *state of the art* durchgeführt wird – sowohl das Moment der Belastungssenkung wie jenes der Ressourcenstärkung, also der Gesundheitsförderung.

ventionsebene Individuum statt Setting sowie/oder Vernachlässigung des Kontextes) zurückzugreifen, wenn Interventionen höherer Ordnung angezeigt wären.

4.1. Individuell ansetzende Prävention ohne Kontextbeeinflussung

Dieser Interventionstyp beschränkt sich definitionsgemäß auf Methoden der Information, der Beratung und des Trainings. In der Regel geht es um Versuche, gesundheitsbelastendes Verhalten zu modifizieren sowie persönliche Ressourcen (Selbstvertrauen, *self efficacy*, Transparenz, Fähigkeit zur Selbsthilfe, Einbindung in Gruppen/Netzwerke von Menschen in ähnlicher Lebenslage) zu stärken. Klassische Instrumente sind Kurse („verhaltensorientiertes Gruppentraining“) mit Kommstruktur („passive Rekrutierung“). Bei den von der GKV angebotenen individuellen Maßnahmen dieses Typs wurde bislang eine überproportionale Beteiligung von sozial und gesundheitlich weniger belasteten Gruppen festgestellt (Kirschner, Radoschewski, Kirschner 1995). Bei der Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V, mit dem ja explizit ‚ein Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen‘ geleistet werden soll, waren unter den Teilnehmern nicht nur Männer, Jugendliche sowie über 60-Jährige deutlich unterrepräsentiert. Vielmehr lag auch der Anteil der „Härtefälle“⁶ an den Teilnehmern bei nur 6,8 %, ihr Anteil an den Versicherten liegt mit 13,6 % doppelt so hoch (MDS 2004). Damit bestätigen sich erneut Befunde, nach denen Menschen aus schwierigen Lebenslagen solche Angebote der Verhaltensmodifikation schwerer finden als Angehörige besser situierter Bevölkerungsgruppen, dass sie auch vergleichsweise größere Probleme haben, solche Kurse bzw. Programme bis zum Ende durchzuhalten und – insbesondere – große Schwierigkeiten haben, das im Kurs erlernte Verhalten nach Kurs-Ende in den - ja meist unveränderten - Alltag ‚einzubauen‘ (Rosenbrock 2002a).

An der Eignung individuell ansetzender Prävention ohne Kontextbezug als Instrument der Primärprävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen bestehen demnach erhebliche Zweifel.

6 ‚Härtefall‘ war (bis 2004) der einzige Indikator in der Dokumentation, der – mit allen Vorbehalten – auf ‚soziale Benachteiligung‘ schließen lässt.

4.2. Individuell ansetzende Primärprävention mit Beeinflussung des Kontexts

richtet sich regelmäßig an Menschen in ihrer häuslichen bzw. familiären Umgebung. Beispielhaft seien hier – einmalige oder wiederholte – Hausbesuche bei werdenden Eltern zur Vorbereitung auf das Leben mit dem Neugeborenen (z. B. Ernährung, Hygiene, Neurodermitis- und Unfallprävention) (Dierks et al. 2002), oder bei älteren Menschen zur altergerechten Anpassung der Wohnumgebung genannt (Kruse 2002, Walter 2004). In beiden Beispielen zielt die Intervention sowohl auf eine Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens (einschl. Hilfesuchverhalten, Inanspruchnahme sozialer Leistungen und der Krankenversorgung) als auch auf die situationsgerechte Gestaltung der technischen und sozialen Wohnumgebung. In beiden Fällen erscheint allerdings auch fraglich, ob diese Ziele mit einem einmaligen Besuch erreicht werden können⁷. In Finnland und den USA wurden erfolgreich Modelle mit sehr intensiver individueller Verhaltensbeeinflussung zur Senkung des Diabetes-Risikos durchgeführt, bei denen auch das persönliche Lebensumfeld im Hinblick auf förderliche und hemmende Bedingungen für die geforderten Verhaltensänderungen (v. a. Bewegung, Ernährung, Zigarettenrauchen) in das Konzept und in die Intervention einbezogen wurden (Diabetes Prevention Program Research Group 2002; Toumilehto et al. 2001) Auch die vorwiegend in der Sozialarbeit (mit und ohne expliziten Gesundheitsbezug) entwickelten – teilweise langfristig angelegten - Formen der Intervention in Familien (Familienfürsorge, Einzelfallhilfe, Familien-Management) können als Primärprävention mit Bezug zum ‚Setting Familie‘ betrachtet werden (Mühlum et al. 1998). Die Wirksamkeit solcher Interventionen ist allerdings v. a. im Hinblick auf Nachhaltigkeit unklar bzw. strittig

4.3. Settingbasierte Primärprävention

Ein Setting ist ein durch formale Organisation, durch regionale Situation und/oder durch gleiche Erfahrung und/oder gleiche Lebenslage und/oder gemeinsame Wer-

⁷ Dabei ist zu unterscheiden zwischen den Veränderungen, die unmittelbar beim Hausbesuch bewirkt werden, und solchen, für die der Hausbesuch lediglich die Begründung der Notwendigkeit liefert (Indikationsstellung). Seine volle Wirksamkeit im Sinne der Kontextbeeinflussung entfaltet der Hausbesuch erst dann, wenn letztere tatsächlich durchgeführt werden.

te bzw. Präferenzen definierter und auch den Nutzern/Bewohnern subjektiv bewusster sowie relativ dauerhafter Sozialzusammenhang, von dem wichtige Impulse bzw. Einflüsse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen und/oder Gesundheitsressourcen sowie auf (alle Formen der) Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastungen und Ressourcen) ausgehen können. Neben dem Betrieb sind Kitas, Schulen, Freizeiteinrichtungen sowie Stadtteile (insbesondere soziale Brennpunkte) wichtige und für Interventionen geeignete Settings.

Grundsätzlich lässt sich Primärprävention/Gesundheitsförderung im Setting auf zwei – nicht völlig trennscharfe – verschiedene Arten betreiben:

Primärprävention im Setting: Bei diesem Ansatz wird v. a. die Erreichbarkeit von Zielgruppen im Setting genutzt, um dort Angebote der verhaltensbezogenen Prävention, z. B. im Hinblick auf die Fehlernährung, Bewegungsmangel, Stress, Drogengebrauch zu platzieren. Die Spannweite reicht von der Benutzung eines Settings als Einflugschneise bzw. Ablegeplatz für Informationen für eine bestimmte Zielgruppe bis hin zu speziell für eine oder mehrere Gruppen im Setting partizipativ gestalteten Programmen. Primärprävention im Setting ist zwar im Kern Verhaltensprävention, unterscheidet sich aber von der individuellen Prävention dadurch, dass die Zielgruppe/n nach ihrer Erreichbarkeit im Setting ausgewählt und dort auch aufgesucht werden, weshalb grundsätzlich vergleichsweise gute Voraussetzungen für die Übermittlung von Informationen, aber auch für die Anregung von Kommunikation und sozialer Unterstützung in der Zielgruppe und (damit) die Haltekraft von Verhalten modifizierenden Präventionsprogrammen bestehen (z. B. Tabakprävention in Schulen: Be Smart – Don't Start, Klasse 2000 etc.). Gesundheitsförderung im Setting kann auch – meist flankierend oder zur Erleichterung von Verhaltensmodifikationen – mit Veränderungen im Setting selbst verbunden sein und insofern auch Elemente der Verhältnisprävention, d. h. der Entwicklung zum gesundheitsförderlichen Setting (s. u.) beinhalten⁸. Die Wirkung von Maßnahmen nach diesem Ansatz auf Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen ist unklar. Bei der Prävention von Tabakrauchen in der Schule nach diesem Ansatz (Be smart – Don't

⁸ Einen Grenzfall zwischen den beiden Typen der Setting-Interventionen stellt z. B. eine betriebliche Ernährungskampagne mit flankierenden Veränderungen in der Gemeinschaftsverpflegung (Kantine) dar.

start) waren (eher schwache und ohnehin nur vorübergehende) Wirkungen am stärksten in Gesamtschulen sowie auch (etwas schwächer) in Gymnasien, nicht aber bei Hauptschülern feststellbar (Wiborg/Hanewinkel/Kliche 2002).

Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings: Im Gegensatz zur Gesundheitsförderung im Setting stehen bei der Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings Partizipation und der Prozess der Organisationsentwicklung konzeptionell im Mittelpunkt. Im Kern steht der Gedanke, durch ermöglichende, initiierende und begleitende Intervention von außen Prozesse im Setting auszulösen, mit denen die Nutzer des Settings dieses tatsächlich nach ihren Bedürfnissen mitgestalten (*empowerment*). Projekte der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings sind gewissermaßen synthetisch induzierte soziale Reformbewegungen für das jeweilige Setting. Insoweit in solchen Setting-Projekten auch Angebote zur Unterstützung von Verhaltensmodifikationen vorkommen (und sie tun dies meist auch), besteht der grundsätzliche Unterschied zu ähnlichen oder sogar gleichen Verhaltensinterventionen beim Ansatz ‚Gesundheitsförderung im Setting‘ darin, dass solche Interventionen im Rahmen eines partizipativ gestalteten Prozesses der organisatorischen, sozialklimatischen etc. Veränderung des Settings von den Nutzern des Settings selbst identifiziert, angefordert und meist auch (mit-)gestaltet werden und insofern die partizipative Organisationsentwicklung flankieren oder ein Bestandteil von ihr sind. Es ist zum Beispiel hoch plausibel, dass – im Setting Betrieb - eine Schulung von betrieblichen Managern in menschengerechter Führung (Respekt, Anerkennung, Gerechtigkeit, Unterstützung (Geißler et al. 2003)) dann einen wesentlich größeren Impact auf Wohlbefinden und Zufriedenheit der Beschäftigten ausübt, wenn sie im Ergebnis einer von den Beschäftigten – z. B. in einem Gesundheitszirkel - selbst vorgenommenen Problemanalyse und eines darauf gegründeten Vorschlages zustande kommt, als wenn sie ohne einen solchen Vorlauf von der Geschäftsleitung ‚verordnet‘ wurde. Analoges gilt auch für Gesundheitskurse z. B. im Stressmanagement aber auch für betriebliche Kampagnen zum ‚rauchfreien Betrieb‘. Es zeigt sich: Prävention funktioniert dort, wo kein Druck oder Zwang ausgeübt wird.

Im (idealen) Ergebnis soll ein gesundheitsförderliches Setting den Prozess der Organisationsentwicklung derart verstetigen, dass die dezentralen Erneuerungsprozesse durch die verschiedenen Bereiche des Settings wandern bzw. rotieren und

sich das Setting auf diese Weise kontinuierlich Zug um Zug jeweils in partizipativ gestalteten Diskursen ‚neu erfindet‘. Im Ergebnis sollen die Nutzer/*stakeholder* des Settings das realitätsbegründete Gefühl haben, sich in einer Umwelt zu bewegen, die sie selbst nach ihren Bedürfnissen mit gestaltet haben und in der die formellen und informellen, die materiellen wie die immateriellen Anreize und Sanktionen Aktivierung, soziale Unterstützung und den Abbau von physischen und psychosozial vermittelten Gesundheitsbelastungen nahe legen bzw. belohnen bzw. unterstützen und auf diese Weise Veränderungen bewirkt werden, die gut sind für Wohlbefinden und Gesundheit der Nutzer. Interventionen in Settings haben grundsätzlich gegenüber individuellen Präventionsmaßnahmen den Vorteil, dass in ihnen gesundheitlich wichtige Einflüsse auf die Gesundheit sowie auf Wahrnehmung, Einstellungen und Verhalten identifiziert und durch systemische Interventionen verändert werden können. Bei solchen Interventionen kann auch eine enge Koppelung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention funktionieren (‚verhältnisgestützte Verhaltensprävention‘). Da sich die Intervention auf das gesamte Setting bezieht, kann die Diskriminierung von Zielgruppen vermieden werden. Es kann zu hierarchie- und gruppenübergreifender Kooperation und Kommunikation kommen. Durch vermehrte Transparenz, Partizipation und Aktivierung werden gesundheitsrelevante Kompetenzen entwickelt. Darüber hinaus erfüllt das Setting besser als alle bekannten Ansätzen der Verhaltensprävention Voraussetzungen für Lernen bei geringer formaler Bildung: Informationen und Aktivitäten knüpfen am Alltag und an den vorhandenen Ressourcen an, gemeinsam werden eigene Vorstellungen zum Belastungsabbau und zur Ressourcenmehrung entwickelt und in einem gemeinsamen Lernprozess so weit wie möglich umgesetzt (Freire 1980; Baric, Conrad 2000). Zudem scheinen gesundheitliche Erfolge bei Setting-Interventionen auch zumindest über mehrere Jahre relativ stabil bleiben zu können (Lenhardt 2003, Minkler 1997).

In eigenen empirischen Untersuchungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung wurde herausgearbeitet, dass die wichtigste Voraussetzung zur Ingangsetzung und Beibehaltung des Prozesses eine formelle oder informelle Koalition betrieblich relevanter Akteure ist, die den Prozess wollen (‚*advocacy coalition*‘), weil sie die Überzeugung (‚*belief system*‘) teilen, dass durch partizipative Gesundheitsförderung sowohl auf der Verhaltens- wie auf der Verhältnisebene Ergebnisse erzielt werden können, die sowohl der Produktivität und Innovationskraft des Betriebes

als auch dem Wohlbefinden und der Gesundheit der Beschäftigten nützlich sind (Lenhardt et al. 1997, Berthoin Antal et al. 2003). Wie meist in der Präventionspolitik erhöht eine solche Kombination des Themas ‚Gesundheit‘ mit einem anderen Thema die Durchsetzungschancen erheblich („Themenverbindung“: Rosenbrock 1996, Gerlinger 2003), ohne zugleich auch schon eine hinreichende Bedingung für den Beginn und Erfolg derartiger Prozesse zu sein. Ebenso wichtig scheint ein dauerhaft motivierter Akteur zu sein, der über entsprechende Fertigkeiten und Erfahrungen in der Vorbereitung, Durchführung und Qualitätssicherung derartiger systemischer Interventionen verfügt.

Mit plausiblen Begründungen wird derzeit v. a. überlegt, argumentiert und zum Teil auch schon erprobt, den Ansatz ‚gesundheitsförderliches Setting‘ vom Betrieb auf die Schule zu übertragen (SVR 2003, Bd. II, Kap. 5.1). Dafür sprechen neben der anhaltenden öffentlichen Thematisierung der Probleme dieses Sektors ähnlich verbindliche Strukturen wie im Betrieb (die auch durch Macht und Herrschaft abgesichert sind) sowie auch Gesichtspunkte der quantitativen und qualitativen Relevanz des öffentlichen Bildungssektors für Gesundheitsförderung und Prävention. Durch entsprechende Auswahl der Schulen nach Ort (Orte bzw. Stadtteile mit großem Anteil von sozial Benachteiligten) und Art (Grund-, Haupt-, Berufs- und Sonderschulen) könnten im Erfolgsfall auch relevante Beiträge zur Verminderung sozial bedingter Chancenungleichheit geleistet werden

Diskutiert und in Ansätzen erprobt wird ebenfalls, den Ansatz ‚gesundheitsförderliches Setting‘ auch auf soziale Brennpunkte v. a. im städtischen Zusammenhang zu übertragen. Das stößt zunächst auf das Problem, dass ‚soziale Brennpunkte‘ schwerer zu definieren und zu identifizieren sind als institutionelle Settings wie Schule und Betrieb, dass sie meist über keine feste Organisationsstruktur und Routine im Umgang mit organisierten Diskursen und Partizipation verfügen. Auf der anderen Seite werden im Rahmen des Bundes-Programms „Soziale Stadt“ zum Teil sehr gute Erfahrungen mit partizipativem Quartiersmanagement gemacht, dessen Gesundheitsförderlichkeit bzw. Übertragbarkeit auf Gesundheitsförderung bzw. Ergänzenbarkeit durch Module der Gesundheitsförderung zu überprüfen wäre (Altgeld 2003, Buhtz et al. 2004)

Für alle diese Überlegungen gilt: Die Anwendung des Ansatzes der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings ist desto aussichtsreicher,

- je klarer identifizierbar und institutionalisiert die Akteure und Interessenträger (*stakeholder*) im/am Setting sind,
- je mehr stabile Strukturen und Interaktionen und
- je mehr Verbindlichkeit es gibt, und
- je geringer die Fluktuation ist.

4.4. Primärprävention durch Kampagnen

Eine Kampagne ist eine systematisch geplante Kombination von Maßnahmen (Einzelprojekten) zur Erreichung gesundheitsbezogener Ziele bei der Gesamtbevölkerung oder definierten Zielgruppen (Töppich 2004). Regelmäßig besteht das Kampagnenziel in einer Veränderung von gesundheitsrelevanter Wahrnehmung und gesundheitsrelevantem Verhalten in der Gesamtbevölkerung bzw. in der/den definierten Zielgruppe/n. In der Werbewirtschaft wird unter Kampagne die systematische Verbreitung von Werbebotschaften durch gezielten und ggf. kombinierten Einsatz von Massenmedien verstanden. Auch hier ist das Ziel ein verändertes (Kauf-)Verhalten. Bedauerlicherweise prägt das aus der Werbewirtschaft stammende Konzept einer Kampagne vielfach auch die Vorstellungen dieses Instruments in der gesundheitswissenschaftlichen bzw. gesundheitspolitischen Diskussion. Durch die Verkürzung auf die Frage der Nutzung von Massenmedien gerät dabei der für die gesundheitspolitische Bewertung entscheidende Unterschied oft aus dem Blickfeld. Dieser Unterschied besteht nicht darin, ob Massenmedien eingesetzt werden oder nicht, sondern ob eine Kampagne auf den Verhaltenskontext (die Lebensbedingungen, das Setting) der Bevölkerung bzw. Zielgruppen eingeht (und diese u. U. auch verändert) oder nicht.

Kampagnen ohne Kontextbezug

Kampagnen ohne relevanten Kontextbezug (‚Esst mehr Obst‘, ‚Sport tut gut‘, ‚Rauchen gefährdet die Gesundheit‘) richten sich in der Regel an die gesamte Bevölkerung, indem sie gesundheitsrelevante Botschaften transportieren, ohne jedoch auf die fördernden und hemmenden Bedingungen ihrer Annahme bzw. Umsetzung einzugehen oder diese gar zu verändern. Solche Kampagnen sind unaufwändig zu

organisieren, haben aber einen, wenn überhaupt nur sehr geringen *impact* und gehören regelmäßig in die Kategorie ‚symbolische Politik‘. Typischerweise werden sie auch nicht im Hinblick auf gesundheitliche Wirkungen evaluiert. Sie entsprechen nicht (mehr) dem Stand des gesundheitswissenschaftlichen Wissens.

Kampagnen mit Kontextbezug

Das Erfolg versprechende Instrument bevölkerungsbezogener Kampagnen der nicht-medizinischen Primärprävention mit Kontextbezug wurde in der Bundesrepublik bislang nur sehr selten angewendet⁹. Große nicht medizinische Gesundheitskampagnen mit Kontextbezug gab es bislang eigentlich nur drei: Kampagne zum Sicherheitsgurt in den 60er Jahren (sehr erfolgreich, vgl. Vieth 1988), mit der Trimm Aktion (ab 1970) und ihren bis 1994 laufenden Nachfolge-Kampagnen (zumindest phasenweise sehr erfolgreich) (vgl. Mörath 2005) und mit der HIV/Aids-Kampagne v. a. in den 80er und 90er Jahren (zumindest in den zentralen Zielgruppen sehr erfolgreich, vgl. Rosenbrock 1994, 2002b). Gerade das Beispiel Aids hat die Annahme widerlegt, dass Prävention nur mit Zwang und Druck funktionieren kann. Vielmehr hat sich das Gegenteil als richtig erwiesen

Eine Kampagne bedarf der Planung entlang der Logik des Public Health Action Cycle (Rosenbrock 1995). Dazu ist es erforderlich, die erforderlichen Interventionsschritte in einem Interventionskonzept zu beschreiben, mit dem die Maßnahmen/Aktivitäten gesteuert werden und das zugleich die Grundlage zur ständigen Überprüfung der Zielerreichung bildet.

Eine kontextbezogene Kampagne umfasst damit alle drei Interventionsebenen: neben der Information und Sensibilisierung der Gesamtbevölkerung /-Zielgruppe, die über *community mobilising*, ggf. auch Massenmedien erreicht werden soll, geht es immer auch um die Anregung von geplanten und spontanen Setting-Projekten (sowohl Gesundheitsförderung im Setting als auch Entwicklung zum gesundheitsförderlichen Setting). Letztlich soll damit meist je individuelles Verhalten verändert werden, was wiederum auch durch Maßnahmen der individuellen Prävention (mit und ohne Kontextbezug) zusätzlich angeregt bzw. verstärkt werden kann.

9 Das methodische Fundament für diesen Interventionstyp wurde in den 70er Jahren in den USA mit städtebezogenen Kampagnen auf der Basis einer erweiterten ‚social marketing‘ zur Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren gelegt (Farquhar 1990). Zum Teil baute die Deutsche Herzkreislauf Präventionsstudie (DHP) methodisch darauf auf (Forschungsverbund DHP 1998)

5. Perspektiven

Gesundheitspolitik richtet sich nur sehr selten nach den durch die Epidemiologie und die vorhandenen Interventionsmöglichkeiten definierten Prioritäten (Levine/Lilienfeld 1987). Deshalb ist für die akademische Disziplin ‚Public Health‘ als praxisorientierte Multidisziplin auch die Frage nach den Umsetzungsbedingungen Erfolg versprechender Ansätze von hoher Relevanz. Denn tatsächlich sind die Anwendung des hier skizzierten *state of the art* der Primärprävention und die Auswahl des dem jeweiligen Problem und der jeweiligen Zielgruppe angemessenen Interventionstyps gegenwärtig (noch) eher die Ausnahmefälle, keineswegs die Regel.

Das im Sommer 2005 gescheiterte Präventionsgesetz¹⁰ verfolgte das anspruchsvolle Ziel, die primäre Prävention neben Kuration, Pflege und Rehabilitation zur vierten, eigenständigen Säule der Gesundheitssicherung aufzubauen. Maßstab zur Beurteilung der Qualität des Gesetzes (und aller folgenden Regelungsversuche) muss es sein, ob es Aktivitäten in hinreichender Quantität und Qualität hervorbringt bzw. auslöst bzw. ermöglicht, die dem *state of the art* entsprechen. Das ist zwar zunächst eine gesundheitswissenschaftliche Fachfrage (Was ist der *state of the art* für primärpräventive Interventionen? Welche Typen und Arten der Primärprävention kommen infrage?), im zweiten Schritt aber ein primär politisches Problem (Sind die ‚richtigen‘ Akteure angesprochen? Sind Instrumente, Anreize und Ressourcen geeignet und ausreichend, um eine über Modellprojekte hinausgehende Dynamik in Richtung auf die Entwicklung einer Kultur der Primärprävention auszulösen und aufrecht zu erhalten?)

Wie in diesem Beitrag beschrieben ist der größte Ertrag im Hinblick auf Gesundheit und Lebenserwartung von Projekten zu erwarten, die wesentliche Lebenszusammenhänge/Lebenswelten/Settings zum Ansatzpunkt nehmen, in denen Angehörige

10 Das ‚Gesetz zur Stärkung der Gesundheitlichen Prävention‘ (BT-Drucksache 15/4833) wurde nach ausführlicher Anhörung im Bundestagsausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung am 9. März 2005 (Protokoll 15/95) am 22. April 2005 vom Bundestag verabschiedet. In seiner 811. Sitzung beschloss der Bundesrat am 27. Mai 2005 das Gesetz aufzuhalten und den Vermittlungsausschuss ‚mit dem Ziel der grundlegenden Überarbeitung‘ anzurufen. Wichtigster Kritikpunkt war ‚die vorgesehene Finanzierung durch die Sozialkassen‘ (BR-Drucksache 306/05) und damit jene Komponente des Gesetzesvorhabens, der die Länder im Herbst 2004 nach langen Verhandlungen mit dem Gesundheitsministerium ausdrücklich zugestimmt hatten. Allen Beteiligten muss klar gewesen sein, dass die Anrufung des Vermittlungsausschusses – fünf Tage nach der Ankündigung vorgezogener Neuwahlen zum Bundestag für den Frühherbst 2005 – das ‚Aus‘ für dieses Gesetzesvorhaben in dieser Legislaturperiode bedeutete. Zum Inhalt und zur Kritik des Gesetzes vgl. Rolf Rosenbrock, Thomas Gerlinger: Gesundheitspolitik, Eine systematische Einführung. Verlag Hans Huber: Bern usw. 2. Auflage 2006, sowie Rosenbrock 2006

sozial benachteiligter Gruppen einen relevanten Anteil ihrer sozialen Bindungen haben. Das können außer Betrieben Stadtteile/Quartiere, Bildungs- und Freizeiteinrichtungen, Heime, u. ä. sein. Zur Identifikation geeigneter Settings sind deduktive und induktive Herangehensweisen denkbar.

Bei der deduktiven Herangehensweise kann man theoretisch ein kriteriengeleitetes Kataster anlegen, mit dem geklärt werden kann, in welchen Lebenszusammenhängen/Settings möglichst viele Menschen zu erreichen sind, die eines oder mehrere der folgenden vier Kriterien aufweisen: sehr niedriges Einkommen, sehr niedriger sozialer Status, sehr niedrige Schulbildung oder andere sozialen Benachteiligungen. Eine solche Herangehensweise hätte zwar den Vorteil der Systematik und der Flächendeckung, die Datenvoraussetzungen sind aber nur mit großem Aufwand herzustellen und nur in wenigen Regionen gegeben (z. B. in Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit 2004). Viel spricht deshalb für die induktive Herangehensweise, der auch die Praxis de facto folgt: Da Primärprävention ein gesellschaftlicher Entwicklungsauftrag, aber noch keine fachlich völlig ausgereifte Strategie ist, liegt es nahe, mit bestehenden Ansätzen zu arbeiten und sie auszubauen. Gesundheit Berlin e. V. hat mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf Basis einer umfangreichen Befragung im Schneeballverfahren ca. 2.600 Sozial- und Gesundheitsprojekte identifiziert, die sich mit sozial Benachteiligten beschäftigen. Ein Blick auf die Datenbank zeigt hohe Kreativität, z. T. hohe kulturspezifische Sensibilität und eine erstaunliche Fantasie, den ubiquitären Ressourcenmangel zu überbrücken. Auf der anderen Seite zeigt sich auch, dass nur wenige dieser Projekte Qualitätssicherung betreiben oder gar eine Wirksamkeitsbestimmung versuchen (Kilian et al. 2004, Lehmann, Geene et al. 2006).

Von daher erscheint es sinnvoll, anhand bestehender Projekte die Potentiale des Settingansatzes zu beschreiben und zu systematisieren, zu verallgemeinern sowie verallgemeinerbare Verfahren der Projektsteuerung und Qualitätssicherung zu entwickeln. Dabei ist ein partnerschaftlicher Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis erforderlich, um die Erkenntnisse aus solchen Projekten zu sichern und ihre Qualitätspotentiale zu mobilisieren. Dies wird zurzeit auf zwei Wegen versucht:

Im Rahmen des bundesweiten Kooperationsverbundes ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten‘¹¹ arbeiten derzeit in allen 16 Bundesländern so genannte ‚Regionale Knoten‘, die vor Ort und bedarfsorientiert gesundheitsfördernde Aktivitäten für sozial benachteiligte Zielgruppen unterstützen, koordinieren und vernetzen und anhand der Kriterien guter Praxis fördern (Steinkühler 2006).

Am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung werden derzeit ausgewählte Projekte mit einem partizipativen Ansatz wissenschaftlich bei der Qualitätssicherung begleitet (Rosenbrock & Geene 2005).

Angesichts dieser zwar zaghaften aber Hoffnung stiftenden Ansätze und Entwicklungen wird freilich Eines häufig vergessen: Es kann nicht angenommen werden, dass eine ausgebaute Strategie der Schaffung gesundheitsförderlicher Settings mit und für sozial Benachteiligte die sozial bedingten Ungleichheiten von Gesundheitschancen auch nur annähernd kompensieren könnte: die Einkommens- und Vermögensverteilung in Deutschland zeigt seit vielen Jahren eine sich öffnende Schere, die Lohnquote sinkt beständig. Allein im Jahre 2006 stiegen die Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen um 15 %, während der Anteil der Einkommen aus unselbständiger Arbeit sogar nominell erstmals um 0,5 % abnahmen. Auch die Sekundärverteilung (Einkommensumverteilung über Sozialpolitik und Steuern) zeigt kein anderes Bild: Während der Spitzensatz der Einkommenssteuer von 48,5 % auf 42 % fiel, nahm die Anzahl von Kindern an und unter der Armutsgrenze im gleichen Zeitraum um 500.000 zu (Martens et al. 2003). Hinzu kommt die Massenarbeitslosigkeit von ca. 5 Millionen Menschen (mit Familienangehörigen muss mit mehr als der doppelten Anzahl von Betroffenen gerechnet werden). Der Anteil der von Armut betroffenen Haushalte ist in den letzten Jahren von 12,1 Prozent (1998) auf 13,5 Prozent gestiegen (Bundesregierung 2005). Das im Sommer 2006 beschlossene ‚Elterngeld‘ führt nach Berechnungen des zuständigen Bundesministeriums dazu, dass ca. 155.000 Familien mit einem Einkommen unter 30.000 Euro brutto sowie ca. 94.000 Empfänger von Arbeitslosengeld II künftig weniger Geld für die ersten beiden Lebensjahre eines Kindes haben werden, während sich unter den ca. 365.000 profitierenden Familien ca. 165.000 Familien mit

¹¹ Beteiligt sind u. a. alle Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die Landesvereinigungen für Gesundheit, einzelne Länderministerien, die Bundesärztekammer sowie die Forschungsgruppen Public Health im WZB.

einem Jahreseinkommen von mehr als 60.000 Euro brutto finden (taz 13. 05. 06, S. 2). Im Hinblick auf die Einkommensentwicklung fasst Hauser (2005, S. 2) zusammen: „Wir sehen uns einem Prozess der zunehmenden Ungleichheitsentwicklung bei den Einkommen gegenüber, der kurz nach dem Beginn der Massenarbeitslosigkeit im Jahr 1974 eingesetzt hat und der nur bei kurzzeitigen, mit einem Rückgang der Arbeitslosigkeit verbundenen Konjunkturlagen unterbrochen wurde. Diese Entwicklung vollzog sich bis zur Wiedervereinigung im Jahre 1990 nur in Westdeutschland, hat aber nach der Wiedervereinigung verschärft auf Ostdeutschland übergegriffen. Es gibt überdies aufgrund der im Rahmen der Agenda 2010 vorgenommenen Reformen – v. a. die Hartz IV-Gesetze – gut begründete Argumente, dass diese Entwicklung noch längere Zeit anhalten wird.“ Im Hinblick auf die Bildungschancen belegen auch die neueren internationalen Vergleiche im Rahmen der PISA-Studien, dass in keinem anderen vergleichbaren Staat der Welt der Schulerfolg so stark von Einkommen und Bildung der Eltern abhängt wie in Deutschland (Prenzel et al. 2004).

Mit gesundheitsbezogener Primärprävention können also allenfalls geringe Anteile der in den Bereichen der impliziten Gesundheitspolitik entstehenden problematischen Lebenssituationen bearbeitet/kompensiert werden. Dennoch bleibt die hier beschriebene Primärprävention wichtig, weil damit einerseits Menschen in – materiell und sozial - beengten Lebenslagen konkret unterstützt werden können und weil sie andererseits helfen kann, die zunehmend ungleiche Verteilung von Gesundheits- und Lebenschancen, die perspektivisch das gesellschaftliche Zusammenleben bedrohen kann, auf der öffentlichen und politischen Agenda zu halten.

6. *Literatur*

- Altgeld, Th. (2003): Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren, Expertise für die Regiestelle des E&C-Programmes, Ms., Hannover
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco, London
- Bagnara, S., Misiti, R., Wintersberger, H. (eds.) (1985): *Work and Health in the 1980s. Experiences of Direct Workers' Participation in Occupational Health*. Berlin: edition sigma
- Baric, L., Conrad, G. (2000): *Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung.*, Gamburg
- Berkman, L., L. Syme (1979): *Social Networks, Host Resistance and Mortality: A Nine-Year Follow-up Study of Alameda County Residents*, in: *American Journal of Epidemiology*, Bd 109, 186-204
- Berthoin Antal, A., U. Lenhardt, R. Rosenbrock (2003): *Barriers to Organizational Learning*, in: M., A. Berthoin Antal et al. (eds.): *Handbook of Organizational Learning and Knowledge*, Oxford usw.: Oxford University Press, S. 865-885
- Beske F. *Prävention. Ein anderes Konzept*, Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheitssystem-Forschung Band 103, Eigenverlag: Kiel 2005
- Buhtz, M., H. Gerth, G. Bär (2004): *Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Stadtteilen*, Ergänzungsgutachten zu Prof. Rosenbrock: „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ im Auftrag des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen. Berlin: Weeber + Partner
- Bundesregierung, 2005: *Lebenslagen in Deutschland. 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Bonn: BMGS
- Diabetes Prevention Program Research Group (2002): *Reduction in the Incidence of Type 2 diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin*, in: *New England Journal of Medicine (NEJM)*, Vol 346, No. 6, S. 393-402
- Dierks, M. L., K. Buser, L. Busack, U. Walter (2002). *Aufsuchende Beratung – Ein Konzept zur Primärprävention von Neurodermitis bei Kleinkindern*. In: U. Walter, M. Drupp, F. W. Schwartz (Hg.). (111-120).
- Emmons, K. M. (2001). *Behavioral and Social Science Contributions to the Health of Adults in the United States*. In B. D. Smedley, S. L. Syme (eds.) (254-321).
- Farquhar, J. W., S. Fortmann, J. A. Flora et al. (1990): *Effects of community wide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five-City Project*. In: *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 264, pp. 359–365
- Forschungsverbund DHP (Hrsg.) (1998): *Die deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Design und Ergebnisse*, Bern: Verlag Hans Huber
- Freire, P. (1980): *Pedagogy of the Oppressed*. Harmondworth: Penguin Books
- Fries, J. F. (2003). *Measuring and monitoring success in compressing morbidity*, 139: 455-9.
- Geißler, H., T. Bökenheide, B. Geißler-Gruber, G. Rinninsland, H. Schlünkes (2003): *Der Anerkennende Erfahrungsaustausch. Das neue Instrument für die Führung. Von der Fehlzeitenverwaltung zum Produktivitätsmanagement*. Frankfurt: Campus

- Gerlinger, T. (2003): Innovationsdynamiken und Innovationsblockaden in Public Health und Gesundheitspolitik, Habilitationsschrift, Universität Bremen, Berlin 2003 (Ms.)
- Hauser, R. (2005) Zur Entwicklung von Armut und Reichtum in Deutschland. Kommentare zu den Armuts- und Reichtumsberichten der Bundesregierung, Vortrag DGS-Sektion 'Soziale Indikatoren' am 2./3. Juni 2005 im WZB, Ms., Berlin 2005
- House, J.S. (1981): Work Stress and Social Support. Reading (MA): Addison-Wesley
- Hurrelmann, K., Th. Klotz, J. Haisch (Hg.) (2004): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Bern usw.: Hans Huber Verlag
- Karasek, R.A., T. Theorell (1990): Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life, Basic Books: New York
- Kilian, H., R. Geene, T. Philippi (2004): Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting. Ergänzungsgutachten zu Prof. Rosenbrock: „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ im Auftrag des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen. Berlin: Gesundheit Berlin 2004
- Kirschner, W., M. Radoschewski, R. Kirschner (1995): § 20 SGB V. Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen, St. Augustin: Asgard
- Krämer, W. (1997): Wir kurieren und zu Tode. Rationierung und die Zukunft der modernen Medizin, Berlin: Ullstein
- Kruse, A. (2002). Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien, Schriften des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 146, Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Labisch, A. (1992): Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt a. M./New York: Campus
- Lehmann, F., R. Geene et al. (2006²). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen, BZgA: Köln
- Lenhardt, U. (2003), Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 11. Jg., Heft 1, S. 18-37
- Lenhardt, U., Th. Elkeles, R. Rosenbrock (1997): Betriebsproblem Rückenschmerz. Eine gesundheitswissenschaftliche Bestandsaufnahme zur Verursachung, Verbreitung und Verhütung, Weinheim und München: Juventa
- Levine, S., A. Lilienfeld (eds.). (1987): Epidemiology and Health Policy, New York: Tavistock.
- Martens, R. (2003): Der Einfluss der Agenda 2010 auf Personen und Haushalte mit Kindern in Deutschland: Zusammenlegung von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe, Expertise, mimeo, Der Paritätische Wohlfahrtsverband – Gesamtverband, www.paritaet.org (letzte Abfrage 20.2.04)
- McKeown, Th. (1982): Die Bedeutung der Medizin - Traum, Trugbild oder Nemesis, Frankfurt/M.: Suhrkamp
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2004): Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung – Dokumentation 2002, Essen: MDS
- Mielck, Andreas, 2005: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Berlin: Hans Huber

- Minkler, M. (1997): Community Organizing and Community Building for Health, New Brunswick, New Jersey, and London: Rutgers University
- Mörath, Verena, 2005: Die Trimm-Aktionen des Deutschen Sportbundes zur Bewegungs- und Sportförderung in der BRD 1970 bis 1994, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin, Discussion Paper SP I 2005-302.
- Mühlum, A. et al. (1998): Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Positionsestimmung des Arbeitskreises Sozialarbeit und Gesundheit, in: Blätter für Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit 5+6, S. 116-121
- Naidoo, J., J. Wills (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung, hg. von der BZgA, Köln: BZgA
- Prenzel, M. et al. (Hg.) (2004): PISA 2003. Der Bildungsstand der Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des zweiten internationalen Vergleichs, Münster: Waxmann
- Rosenbrock, R. (1994): Ein Grundriß wirksamer Aids-Prävention, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/Journal of Public Health, 2. Jg., Heft 3, 233-244
- Rosenbrock, R. (1995): Public Health als soziale Innovation, in: Das Gesundheitswesen, 57. Jg., Heft 3, 140-144
- Rosenbrock, R. (1997). Hemmende und fördernde Faktoren in der Gesundheitspolitik - Erfahrungen aus dem letzten Jahrzehnt, in: Th. Altgeld et al. (Hrsg.): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse, Weinheim, München: Juventa 1997, S. 37-51
- Rosenbrock, R. (2002a): Krankenkassen und Primärprävention – Anforderungen und Erwartungen an die Qualität, in: U. Walter, M. Drupp, F. W. Schwartz (Hg.): Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, Weinheim und München: Juventa
- Rosenbrock R (2002b): Aids-Prävention – eine gefährdete Innovation, in: Retrovirus Bulletin, Nr. 4/2002, S. 7-8
- Rosenbrock, R., D. Schaeffer (Hg.) (2002): Die Normalisierung von Aids. Politik – Prävention – Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Band 23, Berlin: edition sigma
- Rosenbrock, R., M. Bellwinkel, A. Schröer (Hg.) (2004): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band Nr. 8, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft 2004
- Rosenbrock, R. (2004a): Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen. Herausforderungen für Praxis, Wissenschaft und Politik. In: U. Koch, S. Pawils (Hg.): Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Weinheim und München: Juventa (i. E.)
- Rosenbrock, R. (2004b): Prävention und Gesundheitsförderung – gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Politik, in: Das Gesundheitswesen, Jg. 66, 146-152
- Rosenbrock, R (2006): Das ‚Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention‘. Ein Regelungsversuch, in: Prävention und Gesundheitsförderung. Band 1, Heft 1, S. 6 - 11
- Rosenbrock, R., T. Gerlinger (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. 2. vollst. Überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber 2004
- Rosenbrock R, Geene R (2005). Erfahrung nutzen - Wissen vertiefen - Praxis verbessern. Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation in der Gesundheitsförderung für so-

- zial Benachteiligte. Forschungsantrag. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Gesundheit Berlin e.V., Berlin
- Schwartz, Friedrich Wilhelm, Eva-Maria Bitzer et. al. (1999). Gutachten „Gesundheitsausgaben für chronische Krankheit in Deutschland – Krankheitskostenlast und Reduktionspotentiale durch verhaltensbezogene Risikomodifikation. Lengerich/Berlin/usw.: Pabst Science Publishers.
- SVR - Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit (2002), Gutachten 2000/2001. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Baden-Baden: Nomos.
- SVR - Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003, Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung, 383 S. Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen, 313 S. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- SVR - Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen (2005), Gutachten 2005, Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Smedley, B. D, S. L. Syme (eds.) (2001). Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research, Institute of Medicine, National Academy Press: Washington D.C.
- Steinkühler J (2006). Aktivitätenvielfalt in den regionalen Knoten, Info Ges-förd (Z Ges Berlin), 6: 7.
- Töppich, J. (2004): Evaluation und Qualitätssicherungskonzepte in der Prävention und Gesundheitsförderung der BZgA, Vortrag auf der Fachtagung EpiBerlin am 12.2.04: ‚Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung‘, Ms.
- Trojan, A. (Hg.) (1986): Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen., Frankfurt/M.: Fischer
- Tuomilehto, J., J. Lindstrom et al. (2001): Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. New England Journal of Medicine, 344/18, 1343-1350.
- Vieth, P. (1988): Die Durchsetzung des Sicherheitsgurtes beim Autofahren, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im WZB, P88-203, Berlin
- Walter, U. (2004): Präventive Hausbesuche. Public Health Forum, 12/42, 14-15
- Wiborg, G., F. Hanewinkel, K.-O. Kliche (2002): Verhütung des Einstiegs in das Rauchen durch die Kampagne „Be Smart – Don’t Start“: eine Analyse nach Schularten. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 127:430-436
- Wright, M. T. (2004): Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation für Präventionsangebote in Settings, Ergänzungsgutachten zu Prof. Rosenbrock: „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ im Auftrag des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen. Berlin
- Zapf, W. (1994): Über soziale Innovationen, in: ders.: Modernisierung, Wohlfahrtsentwicklung und Transformation, edition sigma: Berlin
- Zola, I. (1972): Medicine as an Institution of Social Control. Sociological Review, 20: 487-504