

## Public Health – Politische Anforderungen zur Überwindung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen bei Kindern und Jugendlichen

Das im Sommer 2005 gescheiterte Präventionsgesetz<sup>1</sup> verfolgte das anspruchsvolle Ziel, die primäre Prävention neben Kuration, Pflege und Rehabilitation zur vierten, eigenständigen Säule der Gesundheitssicherung aufzubauen. Angesichts der drei Megatrends im Gesundheits-, Krankheits- und Sterbegeschehen in industrialisierten Ländern – Dominanz chronisch-degenerativer Erkrankungen mit hohen präventiven Potentialen, Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung bei gleichzeitigem Trend zu gesünderem Altern, Zunahme sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen (Rosenbrock 2004) – lässt sich dieser Anspruch zumindest gut begründen.

Maßstab zur Beurteilung der Qualität des Gesetzes (und aller folgenden Regelungsversuche einschließlich Gesetzentwürfe) muss 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 in Frage?), 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?) Im Folgenden geht es primär um Teilantworten

1) 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 2005 (i.E.).

auf die erste Frage, die zweite Frage wird in dem Augenblick (wieder) an Aktualität gewinnen, wenn ein neuer Regelungsversuch, z.B. als Gesetzentwurf vorliegt.

### Was ist der „state of the art“ für primärpräventive Interventionen?

Die Entwicklung von Methoden und Strategien der Primärprävention hat in den letzten Jahrzehnten einen deutlichen Aufschwung genommen.<sup>2</sup> Eine zentrale Rolle spielte dabei die Verabschiedung der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung im Jahre 1986, die auf breiten und prozessorientierten Konzepten sowohl von Gesundheit/Krankheit als auch von Intervention aufbaut und damit den Stand der internationalen Diskussion zusammenfasst, 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).

Gegenüber der hergebrachten Praxis der Gesundheitserziehung und von „Old Public Health“ impliziert dies vier Innovationen:<sup>3</sup>

#### 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 (z.B. Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, Kompetenzen, Information, Bildung, Hand-

2) Ein guter Indikator für die relative Reife eines Feldes ist das Erscheinen von Lehrbüchern, vgl. Naidoo/Wills 2003 und Hurrelmann/Klotz/Haisch 2004.

3) Elemente dieser Innovationen finden sich verstreut auch schon in früher angewandten 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.

lungswissen, 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). Damit verbindet sich nicht nur die Vorstellung, Menschen in den Stand zu versetzen, Risiken für ihre Gesundheit sensibler 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, sei es, (2) um die individuellen Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern, sei es, (3) um Handlungskompetenz für die Veränderung von Strukturen zu entwickeln bzw. freizusetzen, die (a) entweder direkt die Gesundheit belasten oder (b) gesundheitsbelastendes Verhalten begünstigen.

## **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 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 zu Krankheitsentstehung sehr viel enger ist. Das gilt sowohl für die Senkung von Gesundheitsbelastungen als auch für die Vermehrung von Gesundheits-Ressourcen.

## **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.

## **4. Priorität für Partizipation**

Spätestens seit den praktischen und theoretischen Arbeiten von Paolo Freire in den siebziger 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 ihren praktischen Alltag anknüpft und je mehr sie das zu Erlernende in ihrem praktischen Alltag ausprobieren und selbst entwickeln 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 Beschäftigten an der Problemeinschätzung, der Konzipierung und Implementierung 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.

## **5. Qualitätssicherung**

Um die Potentiale 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 Kon-

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

Abbildung 1:  
Typen der Primärprävention

zepte ist deshalb nicht einfach die Anwendung bekannter Regeln, sondern immer auch eine Entwicklungsaufgabe. 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 Potentiale 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 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 Beteiligung sowohl der Akteure als auch der Zielgruppen an der Konzipierung und Umsetzung der Qualitätssicherung und der Evaluation (Wright 2004).

### Welche Typen und Arten der Primärprävention kommen infrage?

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 Interven-

tionen zur Veränderung gesundheitsbelastender bzw. ressourcenhemmender Faktoren der jeweiligen Umwelt/des jeweiligen Kontextes einschließt, ergeben sich sechs Strategietypen, zu denen in Abbildung 1 jeweils ein Beispiel gegeben wird.

Für jeden dieser sechs Strategietypen lassen sich zweckmäßige Einsatzfelder identifizieren, jeder dieser Handlungstypen erfordert unterschiedliche Instrumente, Ressourcen, Akteurkonstellationen und Methoden der Qualitätssicherung<sup>4</sup>. 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. Interventionsebene Individuum statt Setting sowie/oder Vernachlässigung des Kontextes) zurückzugreifen, wenn Interventionen höherer Ordnung angezeigt wären.

#### 1. Individuell ansetzende Prävention ohne Kontextbeeinflussung

Individuell ansetzende Prävention ohne Kontextbeeinflussung 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 kassengetragenen individuellen Maßnahmen dieses Typs wurde

4) 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.

bislang eine überproportionale Beteiligung von sozial und gesundheitlich weniger belasteten Gruppen festgestellt (Kirschner, Radoschewski, Kirschner 1995).

Auch nach der jüngsten Dokumentation zur 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/innen nicht nur Männer, Jugendliche, sowie über Sechzigjährige deutlich unterrepräsentiert. Vielmehr lag auch der Anteil der „Härtefälle“<sup>5</sup> bei den Teilnehmern/innen bei nur 6,8 Prozent, ihr Anteil an den Versicherten lag mit 13,6 Prozent 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, und dass sie auch vergleichsweise größere Probleme haben, solche Kurse bis zum Ende durchzuhalten, sowie – 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.

## **2. Individuell ansetzende Primärprävention mit Beeinflussung des Kontexts**

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 altersgerechten 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 können<sup>6</sup>.

5) „Härtefall“ ist der einzige Indikator in der Dokumentation, der – mit allen Vorbehalten – auf ‚soziale Benachteiligung‘ schließen lässt.

6) Dabei ist zu unterscheiden zwischen den Veränderungen, die unmittelbar beim Hausbesuch bewirkt werden, und solchen, für die der Hausbesuch lediglich die Begrün-

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, Zigaretten rauchen) 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

## **3. und 4. Settingbasierte Primärprävention**

Ein Setting ist ein durch formale Organisation, durch regionale Situation und/oder durch gleiche Erfahrung und/oder gleiche Lebenslage und/oder gemeinsame Werte bzw. Präferenzen definierter und auch den Nutzern/Bewohnern/innen 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 und Schulen sowie Stadtteile und soziale Brennpunkte wichtige und für Interventionen geeignete Settings.

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

### **3. 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 Großrisiken Fehlernährung, Bewegungsmangel, Stress, Drogengebrauch zu platzieren. Die Spannweite reicht von der Benutzung eines Settings als „Ablegeplatz“ für Informationen für eine bestimmte Zielgruppe bis hin zu speziell für eine oder mehrere Gruppen im Setting partizipativ gestalteten Programmen. Primärprävention im

---

dition der Notwendigkeit liefert (Indikationsstellung). Seine volle Wirksamkeit im Sinne der Kontextbeeinflussung entfaltet der Hausbesuch erst dann, wenn letztere tatsächlich durchgeführt werden.

Setting ist zwar im Kern Verhaltensprävention, unterscheidet sich aber von der individuellen Prävention dadurch, dass die Zielgruppe/n nach ihrer Zugehörigkeit zum Setting ausgewählt und dort auch aufgesucht werden, weshalb grundsätzlich vergleichsweise gute Voraussetzungen für die Erreichbarkeit der Zielgruppen, die Anregung von Kommunikation und sozialer Unterstützung in der Zielgruppe und (damit) die Haltekraft von verhaltensmodifizierenden 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.) beinhalten<sup>7</sup>. 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 start“) waren (eher schwache und ohnehin nur vorübergehende) Wirkungen am stärksten in Gesamtschulen sowie auch (etwas schwächer) in Gymnasien, nicht aber bei Hauptschülern/innen feststellbar (Wiborg/Hanewinkel/Kliche 2002).

#### **4. 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 Mittelpunkt steht der Gedanke, durch ermöglichende, initiiierende und begleitende Intervention von außen Prozesse im Setting auszulösen, mit denen die Nutzer/innen des Settings dieses tatsächlich nach ihren Bedürfnissen mitgestalten (Empowerment). Jedes Projekt der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings ist gewissermaßen eine synthetisch induzierte soziale Reformbewegung für das jeweilige Setting. Insofern in solchen Setting-Projekten auch Angebote zur Unterstützung von Verhaltensmodifikationen vorkommen (und meist tun sie dies 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, sozialklima-

tischen etc. Veränderung des Settings von den Nutzern/innen 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/innen 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 selbst vorgenommenen Problemanalyse und eines darauf gegründeten Vorschlages zustande kommt, als wenn sie ohne einen solchen Vorlauf von der Geschäftsleitung „verordnet“ wird. Analoges gilt auch für Gesundheitskurse zum Beispiel im Stressmanagement, aber auch für betriebliche Kampagnen zum „rauchfreien Betrieb“.

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 stückweise jeweils in partizipativ gestalteten Diskursen „neu erfindet“. Im Ergebnis sollen die Nutzer/innen/„stakeholder“ des Settings das realitätsbegründete Gefühl haben, sich in einer Umwelt zu bewegen, die sie selbst nach ihren Bedürfnissen mitgestaltet 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/innen.

Interventionen in Settings haben grundsätzlich gegenüber individuellen Präventionsmaßnahmen den Vorteil, dass sich in ihnen gesundheitlich wichtige Einflüsse auf die Gesundheit sowie auf Wahrnehmung, Einstellungen und Verhalten bündeln und durch systemische Interventionen verändert werden können. Bei solchen Interventionen bleibt die enge Kopplung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention nicht nur Programm. Da sich die Intervention auf das gesamte Setting bezieht, gibt es keine Diskriminierung von Zielgruppen, es kommt zu hierarchie- und gruppenübergreifender Kooperation und Kommunikation. Durch vermehrte Transparenz, Partizipation und Aktivierung werden gesundheitsrelevante Kompetenzen entwickelt. Darüber hinaus erfüllt

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

E&C-Konferenz: „Sozialraumorientierte Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen in benachteiligten Stadtteilen“  
Dokumentation der Veranstaltung vom 17. und 18. Oktober 2005 in Berlin

das Setting besser als alle bekannten Ansätze der Verhaltensprävention Voraussetzungen für das 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. Dies stößt zunächst auf das Problem, dass „soziale Brennpunkte“ schwerer zu definieren und zu identifizieren sind als institutionelle Settings wie Schule und Betrieb, und dass sie meist über keine feste Organisationsstruktur 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. Ergänzung 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.

## **5. und 6. 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 gegebenenfalls 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 unter Umständen auch verändert) oder nicht.

## 5. 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 gar diese 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.

## 6. Kampagnen mit Kontextbezug

Das Erfolg versprechende Instrument bevölkerungsbezogener Kampagnen der nicht medizinischen Primärprävention mit Kontextbezug wurde in der Bundesrepublik bislang nur sehr selten angewendet<sup>8</sup>. Große nicht medizinische Gesundheits-Kampagnen mit Kontextbezug gab es bislang eigentlich nur drei: die Kampagne zum Sicherheitsgurt in den sechziger Jahren (sehr erfolgreich) (Vieth 1988), die Trimm Aktion (ab 1970) und ihre bis 1994 laufenden Nachfolge-Kampagnen (zumindest phasenweise sehr erfolgreich) (Mörath 2005) und die HIV/Aids-Kampagne v.a. in den achtziger und neunziger Jahren (zumindest in den zentralen Zielgruppen ca. fünfzehn Jahre sehr erfolgreich) (Rosenbrock 1994, 2002b).

Eine Kampagne bedarf der Planung entlang der Logik des „Public Health Action Cycle“ (Rosenbrock 1995). Dazu ist es erforderlich, die notwendigen 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 Interventionsebenen: neben der Information und Sensibilisierung der Gesamtbevölkerung/Zielgruppe, die über die 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 individuelles Verhalten verändert werden, was wiederum auch durch Maßnah-

men der individuellen Prävention (mit und ohne Kontextbezug) zusätzlich angeregt bzw. verstärkt werden kann.

## 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, und keineswegs die Regel. Unter den vielen Hindernissen moderner und effizienter Prävention ragen zwei heraus, die mit den Begriffen „Ökonomismus“ und „Medikalisierung“ bezeichnet werden können (Kühn/Rosenbrock 1994).

Auf der Basis des Ökonomismus wird vielfach gegen gesundheitswissenschaftliche Evidenz und gegen die gesundheitspolitische Vernunft sowohl über das „Wieviel“ als auch über das „Was“ der Prävention entschieden.

Das „Wieviel“: Gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen, Reduktion von Umweltbelastungen, komplexe Gesundheitskampagnen mit Lebensweisebezug etc. kosten zunächst einmal Geld. Ihr Nutzen ist dagegen oft nicht unumstritten in Geld auszudrücken, oder er liegt außerhalb des Interessenbereichs der Entscheidungsträger oder jenseits ihrer meist kurzfristigen Planungshorizonte (z.B. Geschäftsjahr bei Unternehmen, Wahlperiode in der Politik). Die Geschichte der Prävention zeigt, dass die wichtigsten Erfolge nicht im Ergebnis ökonomischer Kalküle, sondern durch soziale Bewegungen induziert wurden, die sich zumeist gegen die einseitige Durchsetzung wirtschaftlicher Partialinteressen richteten.

Das „Was“: Kommerziell betriebene Prävention und Gesundheitsförderung richtet sich in einer Marktwirtschaft anreizgerecht nach der mobilisierbaren kaufkräftigen Nachfrage, die – vor allem unter dem Gesichtspunkt sozial bedingt ungleich verteilter Gesundheitschancen – kein geeignetes Steuerungsinstrument für Leistungen der Gesundheitssicherung ist, weil Menschen mit der geringsten Kaufkraft den höchsten Bedarf haben. Für Menschen mit höherer Kaufkraft wurden dagegen durch die Ökologie- und Gesundheitsbewegungen Gesundheitsbedürfnisse und -ansprüche thematisiert.

8) Das methodische Fundament für diesen Interventionsstyp wurde in den siebziger Jahren in den USA mit städtebezogenen Kampagnen auf der Basis eines erweiterten „social marketing“ zur Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren gelegt (Farquhar 1990). Zum Teil baute die Deutsche Herzkreislauf Präventionsstudie (DHP) methodisch darauf auf (Forschungsverbund DHP 1998).

tisiert bzw. geweckt. Diese finden mittlerweile ein rasch expandierendes Angebot an Dienstleistungen und Waren „für die Gesundheit“ bzw. „Wellness“ bzw. „für die Umwelt“. Diese Umformung gesellschaftlicher Probleme in individuell durch Kauf von Waren und Dienstleistungen zu befriedigende Bedürfnisse weist den wohlhabenderen Teilen der Bevölkerung für einen Teil ihrer Gesundheitsprobleme vielleicht einen gangbaren Weg, sie nimmt aber dem sozialen Impuls von Prävention und Gesundheitsförderung einen großen Teil seiner Wirksamkeit.

Auch die Medikalisierung wirkt auf zwei Ebenen:

**Definitionsmacht:** Ein großer Teil der sozialen Schubkraft des Konzepts der Gesundheitsförderung wird durch die Definitionsmacht und die Aktivitäten der individuell kurativ orientierten klinischen Medizin absorbiert. Überspitzt lässt sich sagen, dass in der gesamten Gesundheitspolitik, also keineswegs nur in der Kuration, Sichtweise und Leistungen des Kasenarztes dominieren. Dies äußert sich u.a. in einer deutlichen Privilegierung der ärztlichen Beratung vor anderen Trägern und Formen der Beratung und Kommunikation. Es ist freilich weder erwiesen noch plausibel, dass ärztliche Beratung größere Wirkungen erzielt als z.B. Beratung durch Krankenschwestern oder problembezogene Auseinandersetzung und Diskussion zwischen Menschen in ähnlicher sozialer Lage, wie es z.B. im Ansatz der „peer education“ (BZgA 1995) oder in Selbsthilfegruppen (Trojan 1986) praktiziert wird. Die in der Öffentlichkeit nur langsam nachlassende Identifikation von „Gesundheitssicherung“ mit „Medizin“ führt häufig zu einer Umthematisierung von Problemen der Primärprävention zu solchen der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (Zola 1972), also zur Medikalisierung.

**Individualisierung:** Ähnlich wie der Ökonomismus in der Prävention tendenziell dazu führt, gesellschaftlich und politisch anzugehende Probleme in individuelle Kaufakte umzuwandeln, bestärkt die Medikalisierung der Prävention die Tendenz, solche Probleme in Akte der individuellen Inanspruchnahme umzudefinieren. Beide Tendenzen laufen darauf hinaus, die zugrunde liegenden Probleme unbearbeitet zu lassen.

Da sich unter diesen Rahmenbedingungen die Tendenz zur politischen Untergewichtung der Primärprävention (einschl. der Gesundheitsförderung) und zur relativen Übergewichtung der Verhaltensmodifikation innerhalb der ohnehin zu geringen Bemühungen von selbst eher verstärkt (Kühn/Rosenbrock 1994), ist eine Erweiterung präventionspolitischer Hand-

lungsräume am ehesten von einer staatlich getragenen gegentendenziellen Politik zu erwarten, die die entsprechenden Impulse aus der Bevölkerung, wie auch von den vielen professionellen und zivilgesellschaftlichen Akteuren aufnimmt. Nach dem vorläufigen Scheitern eines Bundesgesetzes zur nicht medizinischen primären Prävention im Jahre 2005<sup>9</sup> wird sich deshalb die Aufmerksamkeit der akademischen und praktischen „Public Health Professionals“ auf den nächsten Anlauf richten. Weil sich ohne eine geeignete staatliche Regulierung der Abstand zwischen dem gesundheitlich Möglichen und dem Tatsächlichen immer weiter vergrößert.

#### 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*. edition sigma, Berlin.
- Baric, L./Conrad, G. (2000): *Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung*. Hamburg.
- Berkman, L./Syme, L. (1979): *Social Networks, Host Resistance and Mortality: A Nine-Year Follow-up Study of Alameda County Residents*. In: *American Journal of Epidemiology*. Bd 109, S. 186-204.
- Berthoin Antal, A./Lenhardt U./Rosenbrock R.(2003): *Barriers to Organizational Learning*. In: Berthoin Antal, A. et al. (eds.): *Handbook of Organizational Learning and Knowledge*. Oxford University Press, Oxford usw., S. 865-885.
- Buhtz, M./Gerth, H./Bär, G. (2004): *Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Stadtteilen. Ergänzungsgutachten zu Prof. Rosenbrock: „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ im Auftrag des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen*. Weeber + Partner, Berlin.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (1995): *Learn to Love. Dokumentation der 1. Europäischen Fachtagung „Sexualaufklärung für Jugendliche“*. BzGA, Köln.

9) Siehe Fußnote 1

- 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./Buser, K./Busack, L./Walter, U. (2002). Aufsuchende Beratung – Ein Konzept zur Primärprävention von Neurodermitis bei Kleinkindern. In: U. Walter/Drupp, M./Schwartz, F. W. (Hg.). S. 111-120.
- Emmons, K. M. (2001). Behavioral and Social Science Contributions to the Health of Adults in the United States. In Smedley, B. D./Syme, S. L. (eds.) S. 254-321.
- Farquhar, J. W./Fortmann, S./Flora, J. A. 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, S. 359–365.
- Forschungsverbund DHP (Hrsg.) (1998): Die deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Design und Ergebnisse. Verlag Hans Huber, Bern.
- Freire, P. (1980): *Pedagogy of the Oppressed*. Penguin Books, Harmondsworth.
- Geißler, H./Bökenheide, T./Geißler-Gruber, B./Rinninsland, G./Schlünkes, H. (2003): Der Anerkennende Erfahrungsaustausch. Das neue Instrument für die Führung. Von der Fehlzeitenverwaltung zum Produktivitätsmanagement. Campus, Frankfurt.
- Gerlinger, T. (2003): *Innovationsdynamiken und Innovationsblockaden in Public Health und Gesundheitspolitik*. Habilitationsschrift, Universität Bremen, Berlin (Ms.).
- House, J.S. (1981): *Work Stress and Social Support*. Addison-Wesley, Reading (MA).
- Hurrelmann, K./Klotz, Th./Haisch, J. (Hg.) (2004): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Hans Huber Verlag, Bern usw..
- Karasek, R.A./Theorell, T. (1990): *Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books, New York.
- Kirschner, W./Radoschewski, M./Kirschner, R. (1995): § 20 SGB V. Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Asgard, St. Augustin.
- Kruse, A. (2002). *Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*. Schriften des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 146, Nomos Verlag, Baden-Baden.
- Kühn, H./Rosenbrock, R. (1994): *Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze*. In: R. Rosenbrock/Kühn, H./Köhler, B.(Hg.): *Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung*. edition sigma, Berlin, S. 29-53.
- Labisch, A. (1992): *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Campus, Frankfurt a.M./New York.
- Lenhardt, U. (2003): *Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung*. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 11. Jg., Heft 1, S. 18-37.
- Lenhardt, U./Elkeles, Th./Rosenbrock, R. (1997): *Betriebsproblem Rückenschmerz. Eine gesundheitswissenschaftliche Bestandsaufnahme zur Verursachung, Verbreitung und Verhütung*. Juventa, Weinheim und München.
- Levine, S./Lilienfeld, A. (eds.) (1987): *Epidemiology and Health Policy*. Tavistock, New York.
- McKeown, Th. (1982): *Die Bedeutung der Medizin – Traum, Trugbild oder Nemesis*. Suhrkamp, Frankfurt a.M..
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2004): *Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung – Dokumentation 2002*. MDS, Essen.
- Minkler, M. (1997): *Community Organizing and Community Building for Health*. Rutgers University, New Brunswick, New Jersey and London.
- Mühlum, A. et al. (1998): *Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Positionsbestimmung des Arbeitskreises Sozialarbeit und Gesundheit*. In: *Blätter für Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit* 5+6, S. 116-121.
- Naidoo, J./Wills, J. (2003): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Hg. von der BZgA, Köln.
- Rosenbrock, R. (1994): *Ein Grundriß wirksamer Aids-Prävention*. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/Journal of Public Health*, 2. Jg., Heft 3, S. 233-244.
- Rosenbrock, R. (1995): *Public Health als soziale Innovation*. In: *Das Gesundheitswesen*, 57. Jg., Heft 3, S. 140-144.
- Rosenbrock, R. (1996): *Sind neue Erkenntnisse zu Risikokonstellationen präventionspolitisch umsetzbar?* In: Hans Jäger (Hg.): *Aids – Management der Erkrankung*. ecomed, Landsberg, S. 389-392.
- Rosenbrock, R. (2002a): *Krankenkassen und Primärprävention – Anforderungen und Erwartungen an die Qualität*. In: Walter, U./Drupp, M./Schwartz F. W. (Hg.): *Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit*. Juventa, Weinheim und München.

- Rosenbrock R (2002b): Aids-Prävention – eine gefährdete Innovation. In: *Retrovirus Bulletin*, Nr. 4/2002, S. 7-8.
- Rosenbrock, R./Schaeffer, D. (Hg.) (2002): Die Normalisierung von Aids. Politik – Prävention – Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Band 23, edition sigma, Berlin.
- Rosenbrock, R./Bellwinkel, M./Schröer, A. (Hg.) (2004): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, Band Nr. 8.; Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft, Bremerhaven.
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Gisela C. Fischer, Adelheid Kuhlmeier, Karl W. Lauterbach, Rolf Rosenbrock, Friedrich Wilhelm Schwartz, Peter C. Scriba, Eberhard Wille) (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003, Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung, 383 S, Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen, 313 S.. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Smedley, B. D./Syme, S. L. (eds.) (2001): Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington D.C..
- 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. Fischer, Frankfurt a.M..
- Tuomilehto, J./Lindstrom, J. 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, S. 1343-1350.
- Vieth, P. (1988): Die Durchsetzung des Sicherheitsgurtes beim Autofahren. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im WZB, Berlin, S. 88-203.
- Walter, U. (2004): Präventive Hausbesuche. *Public Health Forum*, 12/42, S. 14-15.
- Wiborg, G./Hanewinkel, F./Kliche, K.-O. (2002): Verhütung des Einstiegs in das Rauchen durch die Kampagne „Be Smart – Don't Start“: eine Analyse nach Schularten. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 127, S. 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.
- Zola, I. (1972): Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review*, 20, S. 487-504.

**Kontakt:**

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock  
 Leiter der Forschungsgruppe Public Health  
 im Wissenschaftszentrum Berlin für  
 Sozialforschung (WZB)  
 Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats  
 der Bundeszentrale für gesundheitliche  
 Aufklärung (BzgA)  
 Email: rosenbrock@wz-berlin.de