

Editorial

Der Anlauf der vormaligen rot-grünen Bundesregierung zur Verabschiedung eines Präventionsgesetzes ist bekanntlich gescheitert. Ein erneuter Anlauf ist in den Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2006 der Großkoalitionäre in Aussicht gestellt und die Gesundheitsministerin wird – getreu dem Motto: »Das Präventionsgesetz ist tot – es lebe das Präventionsgesetz« – landauf, landab nimmer müde zu betonen, dass noch in der laufenden Legislaturperiode die Prävention zu einer »eigenständigen vierten Säule im Gesundheitswesen« aufgebaut werde. Angesichts der sommerhitzigen Viel- und Unstimmigkeit in der Großen Koalition zur Gesundheitsreform 2006, die bis zum Herbst anhält, sind berechtigte Zweifel auch über die gesundheitspolitischen Absichten zur »Zukunft der Prävention« hierzulande angebracht. Mehr noch: Mit einem Präventionsgesetz allein – das lehren die Erfahrungen aus dem Gezänk der Akteure über Zuständigkeiten, Kompetenzen und Finanzierungsmodalitäten im Zusammenhang des ersten Anlaufs – mit einem Präventionsgesetz nach bisherigem Zuschnitt allein wäre bestenfalls erst ein Anfang gemacht. Vielmehr ist eine Präventionspolitik gefordert, die alle bislang noch getrennten Versorgungsbereiche durchdringt und Prävention nicht zu einer weiteren Säule, sondern zum basalen und unverzichtbaren Fundament des Gesundheitswesens macht.

Die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen der politischen Steuerung in Prävention und Gesundheitsförderungen liegt vor dem skizzierten Erfahrungshintergrund also nahe. Kai Mosebach und Ulla Walter loten in ihrem Beitrag die Rolle des Staates vor dem Hintergrund der Mannifaltigkeit der in dieses Politikfeld involvierten Institutionen und Akteure aus. Auf der Basis der Rezeption politikwissenschaftlicher Steuerungsansätze und unter Berücksichtigung der im bundesdeutschen Gesundheitssystem vorfindbaren institutionellen Gegebenheiten, spezifischen Regulierungsformen und dem darauf basierenden Portfolio an Steuerungsinstrumentarien erweist sich die Durchsetzungsfähigkeit der staatlichen Akteure als begrenzt. Problemverschärfend wirkt, dass unter den Bedingungen restriktiver Ressourcen und einem zunehmenden marktanalogen Umbau des Gesundheitswesens die Politikblockaden zunehmen werden. Das bisherige Scheitern des Präventionsgesetzes mag hier als Paradebeispiel dienen.

Seit den 1980er Jahren haben sich auf kommunaler, Landes- und Bundesebene Ansätze einer Gesundheitsberichterstattung entwickelt, die darauf abzielen, datengestützte Aussagen über prioritäre Problemlagen und Handlungserfordernisse im System gesundheitlicher Versorgung,

speziell der Prävention, zu treffen und damit eine rational begründete bedarfsorientierte Steuerung dieses Systems zu ermöglichen. Wie Joseph Kuhn in seinem Beitrag darlegt, konnte dieser hochgesteckte Anspruch bislang allerdings nur sehr partiell eingelöst werden: Weder der öffentliche Gesundheitsdienst noch die Krankenkassen oder der Arbeitsschutz lassen sich bei der Ausgestaltung ihrer Präventionspraxis durchgängig und systematisch von den Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung leiten. Kuhn zufolge ist dies nicht in erster Linie Daten- oder Methodendefiziten der Berichterstattung selbst geschuldet, vielmehr besteht das Hauptproblem im Fehlen von institutionellen Arrangements, die ein effektives Ineinandergreifen von Datenermittlung, Zielentwicklung, Maßnahmenplanung und -durchführung sowie Evaluation ermöglichen. Das im ersten Anlauf gescheiterte Präventionsgesetz hätte diesbezüglich – trotz seiner unbestreitbaren Konstruktionsmängel – einige Verbesserungschancen eröffnet, weshalb nach Kuhns Auffassung die Neubelebung des Gesetzesvorhabens unbedingt zu wünschen wäre, freilich unter erweiterten Vorzeichen.

Die nachfolgenden Beiträge des Schwerpunktthemas lenken den Blick weg von den Präventions»politics« mehr auf die Präventions»policies«:

Die in den letzten Jahren spürbar ausgeweiteten primärpräventiven Maßnahmen der Krankenkassen sind sehr stark auf Angebote zur Beeinflussung des individuellen Gesundheitsverhaltens konzentriert. Derlei Maßnahmen bieten aber nicht nur keinen Zugriff auf Krankheitsursachen struktureller Natur, sondern sind überdies auch dadurch gekennzeichnet, dass gerade Zielgruppen mit deutlich erhöhten Gesundheitsrisiken – vor allem Angehörige unterer Sozialschichten – von ihnen kaum erreicht werden. Die Krankenkassen wenden sich deshalb in jüngster Zeit verstärkt einem anderen Präventionsansatz zu, der bei der Maßnahmengestaltung die sozialen Lebensräume der Menschen – sogenannte »Settings« – in den Mittelpunkt stellt. Von einem entsprechenden Modellprojekt aus dem schulischen Bereich, welches seit 2003 in drei Bundesländern durchgeführt wird, berichten Siegfried Heinrich et al. Hierbei verweisen sie auf die notwendige Verknüpfung von Maßnahmen der Gesundheitsaufklärung und -erziehung mit solchen der partizipativen Organisationsentwicklung und erörtern in diesem Zusammenhang die Adaptierbarkeit von erprobten Methoden der betrieblichen Gesundheitsförderung auf das Setting »Schule«. Zugleich machen sie deutlich, welche hohe Anforderungen der setting-bezogene Präventionsansatz an die institutionelle Kooperation und Vernetzung, nicht zuletzt aber auch an die Evaluation der ergriffenen Maßnahmen stellt.

Stichwort »Evaluation«: Anhand der Dimensionen Theoriefundierung, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung beschreibt Michael T. Wright in seinem Beitrag zentrale Anforderungen an ein Konzept lebensweltlicher Primärprävention und plädiert im Rekurs auf die partizipative Aktionsforschung für einen theoretischen und methodischen Paradigmenwechsel in der Qualitätssicherung und Evaluation primärpräventiver Interventionen. Eine Gesundheitswissenschaft, die dem Anspruch nach einer Erkenntnisproduktion für die konkrete Verbesserung der Gesundheit sozial benachteiligter Gruppen gerecht und in diesem Sinne »praktisch« werden will, hat sich demzufolge theoretisch und methodisch dem Prinzip der Partizipation größtmöglich zu vergegenwärtigen. Ein solches Verständnis implizierte zum einen eine Abkehr von solchen, überwiegend aus der klinischen Forschung entlehnten, für diesen Kontext untauglichen erkenntnistheoretischen und methodischen Konzepten, und es mündet zum anderen in der Forderung, sich verstärkt der Erforschung »maßgeschneiderter« Qualitätsentwicklungsmaßnahmen zuzuwenden.

Heiko Waller befasst sich in seinem Text mit dem Beitrag der Sozialarbeit zur Gesundheitsförderung und Prävention gesundheitlicher Benachteiligung. Ausgehend von der Feststellung, dass soziale Benachteiligung in unserer Gesellschaft mit gesundheitlicher Benachteiligung vergesellschaftet ist und sich die soziale Ungleichheit in der Bundesrepublik Deutschland gegenwärtig verschärft, arbeitet der Autor die Notwendigkeit heraus, dass Soziale Arbeit auch Gesundheitsarbeit sein muss. Er differenziert gesundheitsbezogene Sozialarbeit in Sozialarbeit im Gesundheitswesen (z. B. Krankenhaussozialarbeit) und Gesundheitsarbeit im Sozialwesen (z. B. auf Gesundheitsförderung und Prävention gerichtete Interventionen in Kindergärten, Stadtteiltreffs etc.). Am Beispiel der sozialpädagogischen Familienhilfe zeigt er exemplarisch die Möglichkeiten einer gesundheitsbezogenen Sozialarbeit auf, die vier Strategien verfolgen sollte: Die Reduktion sozialer Unterschiede, die Minimierung krankheitsbedingter sozialer Ungleichheit, die Reduzierung ungesunder Lebensstile in unteren Sozialschichten und die Entwicklung und Umsetzung kompensatorischer Gesundheitshilfen für untere Sozialschichten. Die notwendigen professionellen Kompetenzen gilt es nach Auffassung des Autors im Rahmen der Aus- und Weiterbildung für Sozialarbeit zu vermitteln und weiterzuentwickeln.

Außerhalb des thematischen Schwerpunktes untersucht Alf Trojan die Bedeutung von Selbsthilfegruppen im System der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung und stellt sich die Frage, ob der Ausdruck einer »vierten Säule« – auch hier das bekannte Bild – als Metapher angebracht

sei. Er geht auf die heutige Verbreitung von Selbsthilfegruppen und auf ihre Tätigkeitsmerkmale ein. Empirische Grundlage seines Beitrags ist eine Befragung Hamburger Selbsthilfegruppen, deren Ergebnisse er mit den Daten einer Mitte der achtziger Jahre ebenfalls in Hamburg durchgeführten Erhebung vergleicht. Zwar haben sich manche Erwartungen an die Rolle von Selbsthilfegruppen als überzogen erwiesen, allerdings sind sie als Orte und Instrumente bürgerschaftlichen Engagements nach wie vor von großer Bedeutung. Dabei zeigt sich, dass in ihrer Tätigkeit der Erfahrungsaustausch der Mitglieder und die Krankheitsbewältigung eine zentrale Rolle spielt, Selbsthilfegruppen heute aber seltener nach außen treten, also für die Belange von Kranken in der Öffentlichkeit eintreten, als dies vor zwanzig Jahren der Fall war. Die Mitwirkung von Selbsthilfegruppen, so Trojan, wird heute nicht zuletzt durch das gewachsene Interesse am Qualitätsmanagement in der Krankenversorgung unterstützt.

Rolf Schmucker untersucht unter dem Titel »Arzneimittelzulassung als Standortfaktor« die Umbruchprozesse der Arzneimittelzulassung im europäischen Kontext. Bedingt durch die Europäisierung der Verfahren geraten die nationalen Zulassungsagenturen unter Veränderungsdruck. Zum zentralen Maßstab für die Arbeit der staatlichen Agenturen werden die Schnelligkeit und Effizienz der Zulassungsverfahren. Für die Hersteller ist mit schnellen Zulassungsverfahren ein Wettbewerbsvorteil auf den internationalisierten Märkten verbunden. Die EU fördert diese Beschleunigung im Interesse der Konkurrenzfähigkeit der europäischen Pharmaindustrie gegenüber ihren nordamerikanischen und japanischen Konkurrenten. Die Sicherheit der Arzneimittel – und damit der Schutz der Patienten – tritt gegenüber diesem Ziel in den Hintergrund.

Ein Hinweis in eigener Sache: Bei der Drucklegung des Bandes JKM42 »Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen« ist ein Fauxpas passiert: Es fehlte die Titelseite des Beitrags von Kai Mosebach zum »Patientenempowerment und rot-grüne Gesundheitspolitik«. Die Redaktion bittet die Leserinnen und Leser um Entschuldigung (beim Autor ist das bereits geschehen) und holt in diesem Band mit der Einlegung der Seite 46 das Unterlassene nach.