

Gesundheitsförderung in Europa

Ein Ländervergleich

von Susanne Weinbrenner*, Markus Wörz**, Reinhard Busse***

Abstract

Gesundheitsförderung und Prävention haben in der gesundheitspolitischen Diskussion der vergangenen Jahre vor dem Hintergrund steigender Gesundheitskosten deutlich an Bedeutung gewonnen. Sowohl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Europäische Union (EU) als auch die einzelnen europäischen Mitgliedstaaten haben die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention für die Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung erkannt und vielfältige Anstrengungen unternommen, um entsprechende Maßnahmen auf den Weg zu bringen. Dennoch bleibt noch viel zu tun. Die Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention ist hinsichtlich der gesteckten Ziele noch völlig unzureichend. Darüber hinaus sind umfassende Ansätze, die sich der Ursachen unterschiedlicher Gesundheitszustände und -chancen annehmen, bisher nur vereinzelt anzutreffen. Auch die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Effizienz solcher bevölkerungsbezogener Maßnahmen sind noch nicht ausreichend, um optimale Strategien empfehlen zu können.

Schlüsselworte: Gesundheitsförderung, Prävention, Europäische Union, Weltgesundheitsorganisation (WHO), Gesundheitsdeterminanten

Health promotion and prevention became – against the background of rising health costs – a more and more important issue of health policy in recent years. Both the World Health Organization (WHO) and the European Union (EU) as well as the individual European member states recognized the significance of health promotion and prevention for the improvement of the population's state of health and have already undertaken various efforts to introduce appropriate measures. Nevertheless, much remains to be done. Considering the targets set, the financing of health promotion and prevention is still completely insufficient. Apart from that, comprehensive approaches addressing the causes of different states of health and opportunities for health are still rare. Scientific insights gained on the efficiency of such measures do not yet suffice to recommend optimal strategies.

Keywords: health promotion, prevention, European Union, World Health Organisation, health determinants

■ 1 Hintergrund

Die medizinische Versorgung der Bevölkerung Europas steht im weltweiten Vergleich mit an der Spitze. Dennoch gibt es deutliche

Ungleichheiten sowohl zwischen den Ländern als auch innerhalb einzelner Länder. Dies äußert sich in einer teilweise erheblich divergierenden Lebenserwartung einer ganzen Bevölkerung beziehungsweise einzelner (benachteiligter) Bevölkerungsgruppen.

* **Dr. med. Susanne Weinbrenner, MPH**

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Wegelystraße 3/
Herbert-Lewin-Platz, 10623 Berlin

** **Markus Wörz, MA**

Technische Universität Berlin, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Straße des 17. Juni 145, 10623 Berlin

*** **Prof. Dr. Reinhard Busse, MPH, FFPH**

Technische Universität Berlin, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Straße des 17. Juni 145, 10623 Berlin

Telefon: 030 4005-2520 · Fax 030 4005-2555

E-Mail: weinbrenner@azq.de

Telefon: 030 314-28422 · Fax: 030 314-28433

E-Mail: markus.woerz@tu-berlin.de

Telefon: 030 314-28420 · Fax: 030 314-28433

E-Mail: mig@tu-berlin.de

So liegt sie beispielsweise in Schweden für Frauen bei 83 Jahren, bei Männern bei 78 Jahren; in Rumänien hingegen haben Frauen lediglich eine Lebenserwartung von 76 Jahren, Männer eine von nur 68 Jahren (*WHO Europe 2005*). Diese Ungleichheit hat sich seit der Osterweiterung der Europäischen Union (EU) noch verstärkt (*WHO Europe 2005*). Unter dem Aspekt, dass sich die EU zum Ziel gesetzt hat, sich zum innovativsten und wissensstärksten Wirtschaftsraum der Welt zu entwickeln und gleichzeitig die sozialen Unterschiede innerhalb der Union abzubauen, werden Konzepte gesucht, die eine Realisierung dieser Ziele ermöglichen.

Der vorliegende Artikel bezieht sich in weiten Teilen auf die Studie der TU Berlin „Gesundheitsförderung im europäischen Vergleich“, die im Auftrag des AOK-Bundesverbandes durchgeführt wurde (*Weinbrenner et al. 2007*). In dieser Studie wurden Bedingungen der Gesundheitsförderung und Prävention in den 15 „alten“ EU-Staaten und der Schweiz untersucht. In diesen Ländern zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus und andere chronische Krankheiten zu den größten gesundheitlichen Belastungen und sind Hauptursache einer verminderten Lebenserwartung (*WHO Europe 2005*). Darüber hinaus wird ein kurzer Ausblick auf Konzepte der Gesundheitsförderung gegeben, die sich weniger an konkreten Erkrankungen als vielmehr an Gesundheitsdeterminanten (siehe weiter unten) orientieren, wie es beispielsweise in Finnland, den Niederlanden und Schweden praktiziert wird.

tabelle 1

Gesundheitsdeterminanten

- Alter, Geschlecht, genetische Faktoren
- individueller Lebensstil
- Soziale und gesellschaftliche Netzwerke
- Lebens- und Arbeitsbedingungen
 - Wohnung
 - Wasser und Hygiene
 - Lebensmittel
 - landwirtschaftliche Produktion
 - Bildungssystem
 - Arbeitsumfeld
 - Erwerbsstatus
 - Gesundheitssystem
- allgemeine sozioökonomische, kulturelle und Umweltbedingungen

Quelle: Dahlgren und Whitehead 1991

Die meisten der oben angeführten sogenannten Zivilisationserkrankungen gehen mit Risikofaktoren einher, die sowohl mit individueller Veranlagung und Lebensweise als auch mit dem physischen und sozioökonomischen Umfeld zusammenhängen. Auch in sehr wohlhabenden Ländern wie Deutschland, Finnland oder Schweden haben nicht alle gesellschaftlichen Gruppierungen die gleichen Gesundheitschancen. In vielen Studien wurde inzwischen herausgearbeitet, wie wichtig wirtschaftliche, soziale, umweltbedingte und institutionelle Determinanten für die gesundheitlichen Chancen einer Bevölkerung sind (*EU Health Net - European Partners for Equity in Health 2006; Judge et al. 2006; WHO Europe 2006a*).

Das von Dahlgren und Whitehead entwickelte Modell der Gesundheitsdeterminanten zeigt, dass nicht nur individuelle Merkmale wie Alter, Geschlecht oder andere genetische Merkmale den Gesundheitszustand beeinflussen, sondern gleichermaßen der persönliche Lebensstil, soziale Netzwerke und soziale Teilhabe, die konkreten Arbeits- und Lebensbedingungen sowie die allgemeinen sozioökonomischen und kulturellen Bedingungen (Tabelle 1).

Welche Rolle diese Determinanten bei einem Individuum mit welcher Gewichtung auf die tatsächliche Ausprägung einer Erkrankung spielen, ist noch weitgehend unklar. In den vergangenen Jahren sind diese Fragen sowie der Aspekt, wie diese Faktoren interagieren und wie sie durch Public-Health-Maßnahmen im Sinne von Gesundheitsförderung und Prävention beeinflusst werden können in den Fokus der Forschung gerückt (*Whitehead und Dahlgren 2006a; Whitehead und Dahlgren 2006b*).

Insgesamt sind die Änderungen des Krankheitsspektrums hin zu chronischen Erkrankungen, die Alterung der Gesellschaften und die parallel verlaufende Verknappung der finanziellen Ressourcen die beherrschenden Trends der gesundheitspolitischen Problemlagen. Entsprechend stehen die Gesundheitssysteme aller europäischen Länder vor großen Herausforderungen, denen man mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention hofft begegnen zu können. In einigen westeuropäischen Ländern konnte beispielsweise die kardiovaskuläre Mortalität wie in Finnland durch das Nord-Karelia-Projekt¹ (*WHO Europe 2003*) oder die Anzahl der Unfälle in Schweden durch das Motala-Projekt² erheblich gesenkt werden. Diese Interventionen auf kommunaler Ebene sind Beispiele für erfolgreiche bevölkerungsbezogene Interventionen zur Verringerung von Morbidität und Mortalität. Neben Programmen zur Bekämpfung konkreter Risikofaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht oder vermeidbare Ursachen von Unfällen und Gewalt befassen sich Public-Health-Maßnahmen auch zunehmend mit dem Problem ungleicher Gesundheitschancen.

■ 2 Begriffsbestimmung: Public Health, Gesundheitsförderung, Prävention

In der gesundheitspolitischen ebenso wie in der wissenschaftlichen Diskussion ist die Abgrenzung der Begriffe Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention unscharf. Die dahinter liegenden Konzepte (z.B. Salutogenese versus Pathogenese) sowie die resultierenden Handlungsoptionen greifen idealerweise ineinander. Wie lassen sich die entsprechenden Konzepte definieren?

Public Health ist der umfassendste Begriff. Er schließt Gesundheitsförderung und Prävention ein und umfasst soziale und politische Konzepte, die darauf abzielen, die Gesundheit und Lebensqualität einer Bevölkerung zu verbessern und deren Lebenserwartung zu erhöhen. Dies geschieht durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung, der Prävention und andere Interventionen wie beispielsweise verkehrspolitische Maßnahmen (z.B. mit der Vorschrift, einen Fahrradhelm zu tragen), die die Gesundheit positiv beeinflussen (*WHO Regional Office for Europe 1998*).

Gesundheitsförderung als ein Instrument von Public Health zielt gemäß der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf einen „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen [...] In diesem Sinne ist Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen [...]. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen betont [...]. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen“ (*WHO 1986*).

Der Gesundheitsförderung liegt das Modell der Salutogenese zugrunde. Dieses Modell basiert auf der Vorstellung, dass durch Stärkung von Schutzfaktoren und eigenen Ressourcen und durch stabile soziale Netze, Gesundheit gefördert werden kann. Aufgabe von Gesundheitsförderung ist es, Bedingungen zu schaffen, unter denen es den Menschen leichter fällt, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu praktizieren (*Antonovsky 1997; Kickbusch 2003a*).

Prävention als ein weiteres Public-Health-Instrument basiert auf dem Risikofaktorenmodell. Das heißt, hier liegt im Gegensatz zu Gesundheitsförderung der Fokus nicht darauf, was Menschen gesund erhält, sondern darauf, was sie krank macht. Risikofaktoren können genetische, physiologische und psychische Dispositionen sein, aber auch Verhaltensweisen wie Rauchen, fettreiche Ernährung und Bewegungsmangel. Auch umweltbezogene ungünstige Dispositionen sind Risikofaktoren. Sie zeigen sich beispielsweise in einer erhöhten Strahlenbelastung, Ozonbelastung

oder in einem Nährstoffmangel in Nahrungsmitteln. Präventive Maßnahmen beziehen sich konkret auf die Beeinflussung definierter Risikofaktoren, um somit den Ausbruch oder die Verschlimmerung einer Erkrankung zu verhindern (*Walter und Schwartz 2003*).

Innerhalb der Prävention werden Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden. Maßnahmen der Primärprävention zielen darauf, Risikofaktoren zu vermeiden oder abzubauen, um den Ausbruch einer Erkrankung zu verhindern. Sekundärprävention dagegen versucht Erkrankung einzudämmen, während Tertiärprävention kaum von Kuration zu trennen ist, da sie bei manifester Erkrankung darauf ausgerichtet ist, das Fortschreiten einer Erkrankung zu verhindern.

Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention haben zum Ziel, den Gesundheitszustand einer Bevölkerung zu verbessern. Dies sollte jedoch nicht als isolierte Aufgabe des Gesundheitssektors, sondern – wie es auch in der Ottawa-Charta gefordert wird – als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden. Dies bedeutet, dass entsprechende Programme innerhalb der alltäglichen Lebenswelten der Menschen umgesetzt werden müssen – also in Kindergärten, in Schulen, am Arbeitsplatz oder auf Gemeindeebene. Gleichzeitig bedeutet dies auch, dass die Gestaltung von Alltagssituationen einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung hat und dass viele Politikbereiche direkt oder indirekt bewusst einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung nehmen können (Abbildung 1).

Public-Health-Programme liegen je nach Ausrichtung auf einem Kontinuum von bevölkerungsbezogenen und individuellen Maßnahmen, Verhältnis- oder Verhaltensprävention oder beziehen im Idealfall beide Aspekte ein. Ein Teil der Maßnahmen liegt eher im Verantwortungsbereich des Gesundheitssektors, während der andere Teil auch weitere Verantwortungsbereiche berührt. Zur Realisierung umfassender Ansätze, um die Gesundheit einer Bevölkerung zu verbessern, müssen alle relevanten gesellschaftlichen Bereiche einbezogen werden.

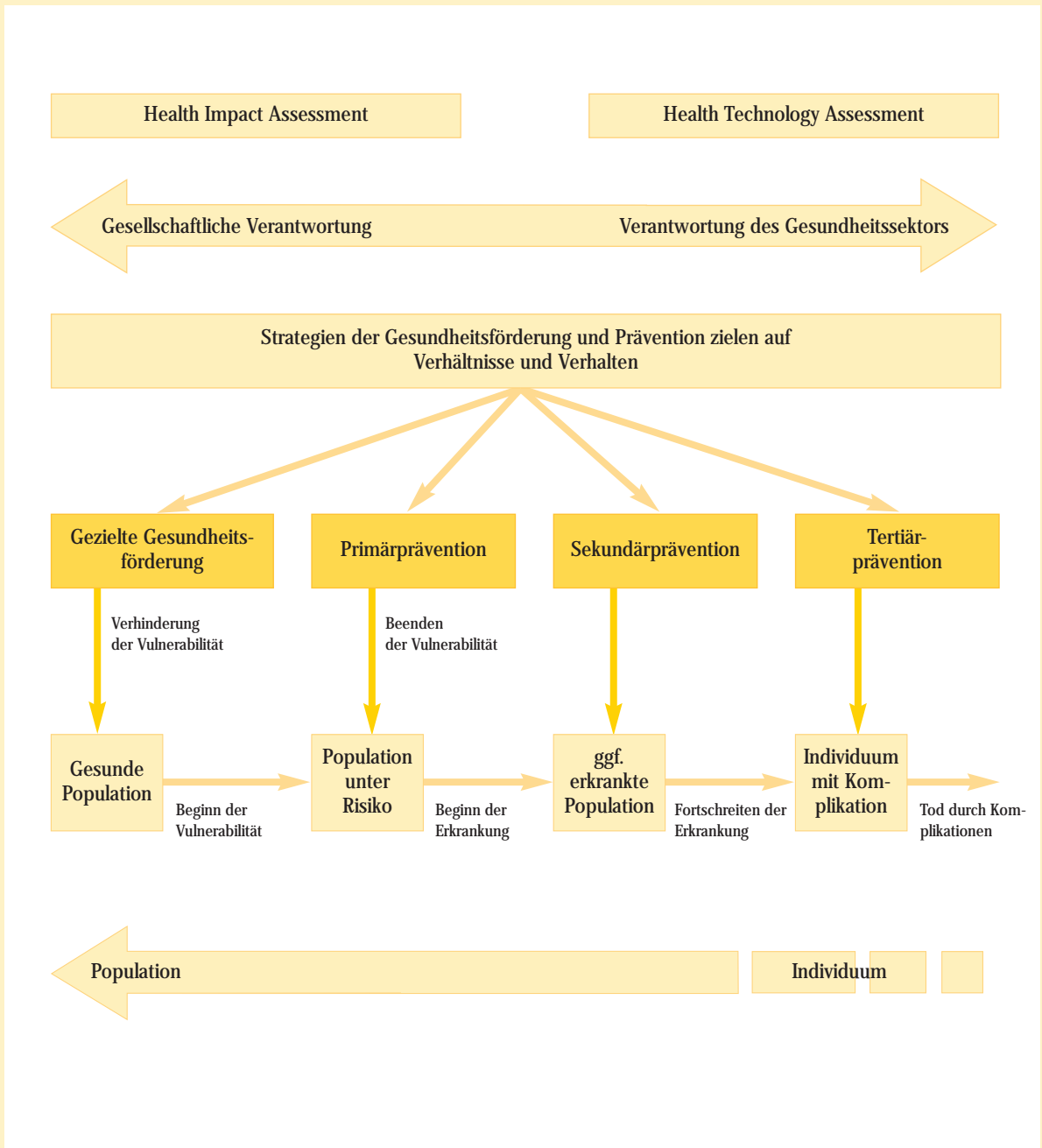
■ 3 Länderübergreifende Initiativen

3.1 Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Vor dem Hintergrund eines sich ändernden Krankheitsspektrums, weg von den akuten hin zu den chronischen Erkrankungen, hat die WHO in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts einen grundsätzlichen Wandel ihrer Gesundheitspolitik in Richtung maximaler Priorisierung von Gesundheitsförderung vollzogen und weltweit bei der Etablierung von Gesundheitsförderung eine Schlüsselrolle übernommen. Dabei räumt die WHO nicht nur der

abbildung 1

Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgaben



Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach T. Ashton (CHSRP), 2005

Gesundheitsförderung und der Prävention einen herausragenden Stellenwert ein, sie hat bei der Erarbeitung der Ottawa-Charta auch eine Neubewertung der kurativen Medizin initiiert (*Kickbusch 2003b*). Diese Neueinschätzung beinhaltet beispielsweise, dass die Erfolge der kurativen Medizin für die Verbesserung der Gesundheit einer Bevölkerung im Gegensatz zu Public-Health-Maßnahmen wie beispielsweise die Verbesserung der Wohnsituation oder Wasserhygiene nur einen verschwindend geringen Teil darstellen.

Wichtigste Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung, wie sie von der WHO entwickelt und propagiert wurde, ist der Setting-Ansatz (*Kickbusch 2003a*). Dieser Ansatz basiert darauf, dass Gesundheit im Alltag hergestellt und aufrechterhalten werden muss. Folgerichtig muss auch Gesundheitsförderung im definierten alltäglichen sozialen Umfeld wie Kindergarten, Schule oder Arbeitsplatz stattfinden. Obwohl diese Erkenntnis nun schon mindestens 20 Jahre alt ist, hat sie noch keine entsprechende Umsetzung erfahren. Im Vordergrund der Strategien zur Gesundheitsförderung steht das Konzept des „Empowerment“. Darunter versteht man die gezielte Stärkung des Individuums in seinen Fähigkeiten, Gesundheit selbst zu erschaffen und zu erhalten.

Innerhalb der einzelnen Setting-Ansätze können sich Verhaltens- und Verhältnisprävention ergänzen. Mit der Verhaltensprävention soll das individuelle Gesundheitsverhalten positiv beeinflusst werden. Die Verhältnisprävention zielt darauf, die soziale und physische Umwelt in einer Weise zu gestalten, die der Gesundheit förderlich ist. So können beispielsweise spezielle Projekte darauf abzielen, überforderte oder sozial schwache Eltern bei der Pflege und Erziehung ihrer Kinder zu unterstützen. Oder es können Straßen durch bauliche Maßnahmen so gesichert werden, dass weniger Unfälle passieren.

Darüber hinaus hat die WHO in ihrer 57. Vollversammlung im Mai 2004 die „Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health“ verabschiedet (*WHO 2004*). Sie verpflichtet damit sowohl strategisch als auch in der Umsetzung ihre Mitgliedstaaten dazu, eine gesunde Lebensweise und Ernährung sowie körperliche Aktivität zu fördern und dafür entsprechende Strukturen zur Planung, Implementierung und Überwachung einzelner Maßnahmen zu schaffen.

Wünschenswert und für den Erfolg maßgebend ist die Intersektoralität, bei der alle wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Sektoren gemeinsam Gesundheitsförderung betreiben.

3.2 Europäische Union (EU)

Seit Anfang der neunziger Jahre verfolgt die EU-Politik in den Bereichen Gesundheit und Verbraucherschutz für alle Mitgliedstaaten drei Kernziele (*Europäische Kommission 2007*):

1. Schutz der Bürger vor Risiken und Gefahren, auf die der Einzelne keinen Einfluss hat und denen auch die einzelnen Mitgliedstaaten nicht wirksam begegnen können (z.B. Gesundheitsbedrohungen wie das Severe Acute Respiratory Syndrome [SARS, schweres akutes Atemnotsyndrom] oder die Vogelgrippe), unsichere Produkte, unlautere Geschäftspraktiken).
2. Stärkung der Entscheidungsfähigkeit der Bürger in Bezug auf ihre Gesundheit und ihre Verbraucherinteressen.
3. Einbeziehung aller Ziele der Gesundheits- und Verbraucherschutzpolitik in alle Politikbereiche der Gemeinschaft, damit Gesundheits- und Verbraucherfragen in den Mittelpunkt der Politikgestaltung gelangen.

Seit 2005 ist das „Aktionsprogramm der Gemeinschaft in den Bereichen Gesundheit und Verbraucherschutz (2007–2013)“ aktuell. Es löst das alte Programm (2003–2008) ab. Im Wesentlichen nimmt das neue Aktionsprogramm die vorherigen Ziele wieder auf, stellt nun aber auch Gesundheitsdeterminanten in den Vordergrund der Aktivitäten. Besonders unter der EU-Präsidenschaft von Großbritannien wurden diese Aspekte verstärkt in den Fokus gerückt (*Judge et al. 2006*). Seit Mai 2006 sind drei breit gefasste Ziele verabschiedet worden:

1. Besserer Gesundheitsschutz für die Bürger.
2. Gesundheitsförderung zur Steigerung von Wohlstand und Solidarität.
3. Schaffung und Verbreitung von Wissen zu Gesundheitsfragen.

Vor diesem Hintergrund wird im Moment eine neue Gesundheitsstrategie für Europa diskutiert, um die vereinbarten Ziele in entsprechende Programme umzusetzen. Schwerpunkt dieser Strategie soll neben dem Schutz und der Verbesserung der Gesundheit das Konzept der „Gesundheit in allen Politikbereichen“ sein. Am Beispiel des finnischen Karelia-Projekts ist ein solch umfassender Ansatz zu sehen. Auf supranationaler, nationaler und regionaler Ebene wurden verschiedenste Akteure und Settings mit einbezogen: Experten der WHO, Experten auf nationaler Ebene, die finnische Herzgesellschaft, andere Ärzte, die regionale Verwaltung, Gemeindefrauen, Sportvereine, Landwirte für Obst- und Gemüseanbau, Nahrungsmittelhersteller (produzierten in Kooperation mit dem Projekt „Low-fat“-Produkte), Experten zu Erwachsenenbildung. Gesundheitsförderung wurde in der Gemeinde, am Arbeitsplatz und in der Schule thematisiert und Projekte zu Tabakentwöhnung, gesunder Ernährung und Bewegung durchgeführt. Zusätzlich liefen Werbespots im Fernsehen. Das Projekt begann 1972, alle fünf

Jahre wurden Evaluationen durchgeführt. Das Projekt hat auch auf nationaler Ebene zu Änderungen in der Politik in den Bereichen Gesundheit, Landwirtschaft und Handel geführt. Beispielsweise stehen andere Nahrungsmittel zur Verfügung, der Konsum von Obst und Gemüse hat sich von jährlich 20 Kilogramm pro Kopf auf jährlich 50 Kilogramm pro Kopf mehr als verdoppelt, der Verbrauch von Butter als Brotaufstrich wurde von 90 Prozent auf 15 Prozent gesenkt. In der 25-jährigen Laufzeit des Projektes ist es durch diese breit gefächerten Maßnahmen gelungen, die Sterblichkeit in dieser Region insgesamt um 50 Prozent zu senken, bezüglich bestimmter Erkrankungen wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist sogar eine Reduktion um fast 75 Prozent gelungen³.

Im Dezember 2005 hat die Europäische Kommission durch ihr verabschiedetes Grünbuch zur Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung einen Konsultationsprozess eingeleitet. Ziel dieses Konsultationsprozesses ist es, eine ausführliche Diskussion unter den EU-Organen (Europäischer Rat, Europäische Kommission, Europäisches Netz für gesunde Ernährung und Bewegung), den Mitgliedstaaten und der Zivilgesellschaft in Gang zu bringen und zu erarbeiten, welche Maßnahmen auf europäischer Ebene zur Förderung von gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung getroffen werden sollten (*Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2005*).

Um die Effizienz ihrer Maßnahmen zu verbessern, hat die EU im Jahr 2005 das Europäische Public-Health-Institut (Public Health Executive Agency) gegründet, das die Mitgliedsländer in ihren Bemühungen bei der Umsetzung der europäischen Gesundheitsziele unterstützt⁴. Das in Luxemburg ansässige Institut gewährt logistische, wissenschaftliche und technische Unterstützung für Gesundheitsförderungsprojekte, die von der EU mit Geldern unterstützt werden.

■ 4 Programme und Organisation auf Ebene der einzelnen Staaten

In den meisten europäischen Staaten ist eine Intensivierung der Gesundheitsförderung zu verzeichnen. Seit der zweiten Hälfte der 90er Jahre kommt es vermehrt zu Reformmaßnahmen beziehungsweise der Verabschiedung nationaler Strategien im Bereich Gesundheitsförderung. Mit Ausnahme Griechenlands haben alle Länder Policy-Papiere oder Programme verabschiedet oder sogar Gesetze zur Gesundheitsförderung erlassen. Einige seien hier beispielhaft genannt:

- Dänemark: „Gesund durch das Leben – die nationalen Ziele und Strategien für die Volksgesundheit 2002–2010“,
- Deutschland: Gesetzesinitiative für ein Präventionsgesetz,

- England: Programm „Choosing Health. Making Healthy Choices Easier“,
- Finnland: Programm „Öffentliche Gesundheit 2015“,
- Frankreich: Public-Health-Gesetz von 2004,
- Holland: Programm „Länger gesund leben – auch eine Frage des Lebensstils“,
- Schweden: Public-Health-Gesetz von 2003.

Diese Anstrengungen wurden teilweise auf Anregung durch die WHO unternommen. Einige Länder wurden auch deshalb aktiv, weil sie feststellten, dass die Entwicklung ihrer Lebenserwartung im internationalen Vergleich zurückbleibt (z.B. Niederlande) beziehungsweise, dass sich Unterschiede in den Gesundheitschancen zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen vergrößern (z.B. Schweden, Dänemark und Finnland). Inzwischen verfügen die meisten der untersuchten Länder über eine gesetzliche Grundlage beziehungsweise über eine nationale Strategie zur Gesundheitsförderung.

Bei den Maßnahmen zur Gesundheitsförderung kommt der nationalen Ebene üblicherweise eine Aufsichtsfunktion zu. Zudem werden dort die nationalen Strategien entwickelt. Dabei spielt meist das Gesundheitsministerium eine wichtige Rolle. In einigen Ländern übernehmen auch weitere Ministerien wie beispielsweise das Bildungsministerium (Frankreich, Finnland, Luxemburg, Portugal) wesentliche Aufgaben im Rahmen der Gesundheitsförderung.

Auf nationaler Ebene ist eine Tendenz zu erkennen, unabhängige Institutionen wie „Gesundheitsförderung Schweiz“, „Fonds gesundes Österreich“ oder Public-Health-Institute in Belgien, Dänemark, England, Frankreich, Finnland und Schweden mit der Gesundheitsförderung zu beauftragen. Die Finanzierung ist dabei ganz unterschiedlich: der „Fonds gesundes Österreich“ wird aus Umsatzsteuermitteln finanziert, „Gesundheitsförderung Schweiz“ aus einer Kopfpauschale für Gesundheitsförderung, das „Zentrum für Public Health Excellence“ innerhalb des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in England aus Geldern des nationalen Gesundheitsdienstes. Beide großen Sprachgemeinschaften Belgiens haben seit 1997 Public-Health-Institute, Schweden hat schon 1991 ein Public-Health-Institut gegründet, Frankreich den Hohen Rat für Public Health und das Institut für Prävention und Gesundheitserziehung (INPES). Eine vergleichbare nationale Koordinierungsstelle wurde bisher in Deutschland nicht eingerichtet.

Innerhalb der untersuchten 16 Länder konnten wir in Bezug auf die Etablierung von Gesundheitsförderung mehrere Gruppen ausmachen, die von Whitehead und Dahlgren ähnlich beschrieben werden: In der ersten Gruppe scheint die Umsetzung von Strategien zu Gesundheitsförderung und Prävention schon recht

weit fortgeschritten (z.B. Dänemark, Finnland, Österreich, Niederlande, Schweden, Großbritannien). In diesen Ländern sind entsprechende Programme fest etabliert und werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert. In den Ländern der zweiten Gruppe werden derzeit verstärkt Anstrengungen unternommen, Programme zur Gesundheitsförderung zu etablieren (z.B. Belgien, Deutschland, Frankreich, Irland, Luxemburg). Bei der dritten Gruppe ist nach den Anstrengungen in der Zeit von Mitte bis Ende der 90er Jahre eine Stagnation zu verzeichnen (z.B. Italien, Portugal) beziehungsweise sind momentan wenig Ansätze für Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. Griechenland, Spanien) vorhanden. Meist wurde das Nachlassen der Anstrengungen von einem Wechsel der Regierungspartei eingeleitet.

Die Planung und Umsetzung von Programmen zur Gesundheitsförderung erfolgt in den meisten Ländern entsprechend der national verabschiedeten Gesundheitsziele (für Deutschland siehe auch www.gesundheitsziele.de). Diese Ziele richten sich einerseits darauf, gesundheitsschädliches Verhalten zu reduzieren (Alkoholkonsum, Bewegungsmangel), andererseits werden in manchen Ländern (Dänemark, Finnland, Frankreich, Niederlande und Schweden) verstärkt Gesundheitsdeterminanten wie beispielsweise Bildung und sozialer Status bei der Formulierung der Ziele berücksichtigt. In Deutschland befassen sich einige Bundesländer wie Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Berlin, um nur die Vorreiter zu nennen, einen möglichst breiten gesellschaftlichen Konsens bei der Formulierung der Ziele zu erreichen. Die Regierungen der oben genannten Bundesländer haben eigene Gesundheitsziele verabschiedet. Auch auf Bundesebene gibt es Gesundheitsziele. Diese sind jedoch keine nationalen Gesundheitsziele mit normativem Charakter, da sie nicht von der Regierung nicht als solche verabschiedet und in entsprechende Strategien und Programme umgesetzt wurden.

In Staaten mit einem dezentralisierten nationalen Gesundheitsdienst wie Dänemark, Finnland, Schweden, Spanien und Italien haben die regionalen beziehungsweise kommunalen Ebenen erhebliche Handlungsspielräume in der Umsetzung der nationalen Strategien, das heißt bei der konkreten Gestaltung ihrer Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Dies gilt teilweise auch für Staaten mit einer Sozialversicherung wie Frankreich, die Niederlande und Deutschland.

4.1 Die Rolle der gesetzlichen Krankenkassen

Beim Vergleich von Ländern mit gesetzlicher Krankenversicherung (Deutschland, Frankreich, Belgien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Schweiz) wird deutlich, dass die Rolle der Krankenkassen bei Prävention und Gesundheitsförderung sowohl innerhalb der Länder als auch im Ländervergleich stark variiert.

Dies hat natürlich zum einen damit zu tun, dass die Ausgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den einzelnen Ländern unterschiedlich ist. Zum anderen sind die konkreten Zuständigkeiten für Gesundheitsförderung und Prävention unterschiedlich geregelt.

In Deutschland sind Leistungen zu Gesundheitsförderung und Primärprävention traditionell Satzungsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Inhalt und Umfang der Leistungen werden im fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) festgelegt. Früherkennungsmaßnahmen und Maßnahmen zur Vorsorge sind Pflichtleistungen und werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt. Soweit anhand der vorliegenden Daten zu ersehen, scheinen die deutschen Krankenkassen im europäischen Vergleich nicht nur bezüglich der Finanzierung, sondern auch im Hinblick auf die Organisation von Projekten zur Gesundheitsförderung eine besondere Rolle zu spielen. Die französischen Krankenkassen sind ebenfalls zu definierten Leistungen im Rahmen der Prävention (z.B. Impfungen, Screening-Maßnahmen) verpflichtet, gleiches gilt für die Krankenkassen in Belgien und Luxemburg. Belgische Krankenkassen können optional zusätzlich Leistungen zur Gesundheitsförderung anbieten.

In Österreich gehören Prävention und Gesundheitsförderung – ebenso wie in Deutschland – zum Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung, allerdings werden auch Früherkennungsmaßnahmen unter diesen Aufgaben subsumiert. In den Niederlanden sind die Krankenkassen nicht verpflichtet, Leistungen zur Gesundheitsförderung anzubieten, dies ist Aufgabe der regionalen oder kommunalen Gesundheitsdienste. In der Schweiz besteht die Hauptaufgabe der Krankenversicherer bei der Gesundheitsförderung lediglich darin, von ihren Versicherten eine Kopfpauschale für Gesundheitsförderung einzuziehen und an die Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“ weiterzuleiten. Wie in Deutschland beteiligen sich einzelne Kassen freiwillig an der konkreten Projektgestaltung und Ausführung von Programmen. In allen Ländern, die die Finanzierung des Gesundheitssystems über gesetzliche Krankenkassen realisieren, wird der Bereich Gesundheitsförderung von den Krankenkassen dazu genutzt, sich von den Mitbewerbern zu unterscheiden.

4.2 Schwerpunkte der Gesundheitsförderung

Themen, die bei den nationalen Gesundheitszielen und Strategien der einzelnen Länder priorisiert werden, sind Ernährung, Bewegung, Tabakentwöhnung und psychische Gesundheit. Zur Bewertung und Steuerung von Gesetzesvorlagen oder Verordnungen zu Gesetzen, die potenziell einen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben, wurde in einigen Ländern (vor allem Niederlande, Schweden und Großbritannien) das Health

Impact Assessment (HIA) etabliert. HIA ist ein Verfahren zur Abschätzung der Folgen unterschiedlicher politischer Maßnahmen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Dabei kommen je nach Intervention und Fragestellung unterschiedliche wissenschaftliche Methoden zur Anwendung (Wismar 2003). HIA ist vor allem in den Ländern etabliert, die eine besonders breit angelegte Strategie zur Verbesserung der Volksgesundheit verfolgen.

4.3 Finanzierung

Die Finanzierung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention erfolgt überwiegend aus Steuermitteln. Dies gilt auch für fast alle Länder, die nach dem Sozialversicherungsmodell konzipiert sind. Für Deutschland gilt dies allerdings nur mit Einschränkung. Hier finanzieren, wie oben erwähnt, die Krankenkassen einen großen Teil der Leistungen mit aus ihren Einnahmen.

Insgesamt spielt Gesundheitsförderung im Vergleich zur kurativen Medizin immer noch eine untergeordnete Rolle. Tabelle 2 verdeutlicht den Anteil der Ausgaben für Prävention und öffentliche Gesundheit (siehe Methodik der OECD⁵) im Vergleich zu den gesamten Gesundheitsausgaben. Die Budgets, die für Gesundheitsförderung und Prävention zur Verfügung gestellt werden, sind nach wie vor vergleichsweise gering. So liegt in

Deutschland und in den meisten anderen europäischen Staaten der Anteil der Ausgaben zwischen weniger als einem und knapp fünf Prozent.

Die Zahlen sind jedoch mit Vorsicht zu betrachten, da es möglich ist, dass beispielsweise im kurativen Bereich des einen oder anderen Gesundheitssystems ebenfalls Leistungen erbracht werden, die der Gesundheitsförderung zuzurechnen sind. Sie werden in dieser Aufstellung jedoch nicht erfasst. Auch Ausgaben in den Bereichen Bildung, Verbraucherschutz oder im sogenannten dritten Sektor (das heißt von Organisationen, die weder eindeutig dem Markt noch dem Staat zugeordnet werden können wie zum Beispiel Deutsches Rotes Kreuz oder Sportverbände) werden den in Tabelle 2 dargestellten Ausgaben nicht zugeordnet (siehe Methodik der OECD⁵). Hinzu kommt, dass die Ausgabenkategorie „Prävention und öffentliche Gesundheit“ der Gesundheitsdatenbank der OECD für den Bereich Gesundheitsförderung lediglich die Primär- und Sekundärprävention abdeckt (OECD 2006). Wie sich die Ausgaben in den einzelnen Ländern auf die Bereiche Gesundheitsförderung, Primär- und Sekundärprävention verteilen, kann also nicht im Detail abgeschätzt werden. Ebenso wenig ist es möglich zu beurteilen, ob in allen Ländern jeweils die gleichen Leistungen erfasst werden. Vergleiche und Interpretationen dieser Daten sind deshalb eigentlich nicht möglich.

tabelle 2

Ausgaben für Prävention und öffentliche Gesundheit (Public Health) in Prozent der Ausgaben für Gesundheit gesamt; anteilig nach öffentlicher Hand und Privathaushalten

	1995			2003		
	Gesamt	Öffentliche Hand	Privat-haushalte	Gesamt	Öffentliche Hand	Privat-haushalte
Belgien	k.D.	k.D.	k.D.	1,3	1,3	k.D.
Dänemark	k.D.	k.D.	k.D.	0,48	0,42	0,06
Finnland	2,91	1,43	1,48	3,76	1,76	2,00
Frankreich	2,42	1,55	0,86	3,05	2,34	0,71
Deutschland	4,57	3,33	1,24	4,72	3,13	1,58
Griechenland	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.
Großbritannien	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.
Irland	k.D.	0,89	k.D.	k.D.	2,4	k.D.
Italien	0,43	0,43	k.D.	0,61	0,61	k.D.
Luxemburg	k.D.	k.D.	k.D.	0,60	0,55	0,05
Niederlande	3,55	1,60	1,94	5,17	2,71	2,43
Österreich	1,34	0,79	0,55	1,95	1,29	0,66
Portugal	k.D.	k.D.	k.D.	2,24	1,52	0,71
Schweden	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.
Schweiz	2,59	1,64	0,95	2,25	1,44	0,81
Spanien	0,73	0,73	k.D.	1,42	1,05	0,37

k.D.= keine Daten

Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2006, eigene Berechnungen

In Deutschland wird der größte Teil der Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention (48,1 Prozent) durch die Sozialversicherungsträger geleistet. Die gesetzliche Krankenversicherung trägt dabei mit einem Anteil von rund 37 Prozent die Hauptlast, gefolgt von den privaten Haushalten mit 21,7 Prozent, den öffentlichen Haushalten mit rund 18 Prozent und den Arbeitgebern mit 12,3 Prozent. Die übrigen Sozialversicherungsträger haben insgesamt nur einen Anteil von knapp 12 Prozent (*Statistisches Bundesamt 2005*). Eine vergleichbar detaillierte Aufstellung war für die anderen Länder im Rahmen der Studie nicht möglich.

4.4 Qualitätssicherung und Evaluation

Sowohl in der nationalen als auch in der internationalen wissenschaftlichen Diskussion spielen Qualitätssicherung und Evaluation von Gesundheitsförderung eine immer größere Rolle (*International Union for Health Promotion and Education 1999*). Institutionen, die für die Vergabe von Fördergeldern zuständig sind, stellen bei der Umsetzung entsprechender Programme inzwischen auch immer höhere Anforderungen an ihre Qualität.

Die Bewertung von Programmen und Interventionen zur Gesundheitsförderung erfolgt entweder als Prozessevaluation, bei der schon während des Projektverlaufs Schwachstellen identifiziert werden. Sobald Schwachstellen erkannt werden, sollten die Erkenntnisse idealerweise in einer Verbesserung beziehungsweise Neukonzeptionierung des Programms münden. Eine andere Möglichkeit der Evaluation besteht darin, den Erfolg einer Maßnahme anhand vorher definierter Outcome-Parameter zu messen (*BZgA 1999; Øvretveit 2002*). Bei bestimmten Fragestellungen wie der Kontrolle und Konstanthaltung bestimmter Parameter während der Durchführung von Programmen zur Gesundheitsförderung gibt es jedoch nach wie vor grundsätzliche methodische Probleme. Mittel- und langfristige Ergebnisparameter sind schwierig und aufwändig zu messen und in ihrer Wirksamkeit von anderen Faktoren häufig schwer zu isolieren. Darüber hinaus sind kausale Verknüpfungen im Langzeitverlauf nur schwer nachweisbar (*Nutbeam 1999*). Dennoch sind Evaluationen von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durchaus möglich und werden auch immer häufiger angewendet. Alle hier untersuchten Länder versuchen, zumindest einen Teil der Programme einer Evaluation zu unterziehen, um anhand der Ergebnisse die Angebote weiter zu verbessern.

Aufgrund der methodischen Schwierigkeiten und des Aufwands, der mit einer Evaluation verknüpft ist, werden zudem in fast allen Ländern an die Projekte sowie an die ausführenden Organisationen und Personen definierte Qualitätsanforderungen gestellt. So ist die Vergabe von Fördergeldern beispielsweise an

den Nachweis einer qualitätsgesicherten Projektevaluation^{6,7,8} gebunden (*Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006*). Konkrete Daten über die Effektivität und Effizienz von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Sinne der Identifizierung von „best practice“ liegen bisher nur vereinzelt vor. Deshalb kann man im Moment nur die vorsichtige Einschätzung geben, dass die Institutionalisierung im Bereich Public Health und Gesundheitsförderung durch die Etablierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu einer allgemeinen Verbesserung bei der Konzeption und Umsetzung der Programme geführt hat.

4.5 Konkrete Beispiele zu Ernährung und Bewegung

Internationale Studien belegen, dass vor allem in den industrialisierten Ländern ein immer stärker steigender Anteil der Bevölkerung übergewichtig oder adipös ist. Übergewicht und Adipositas wurden in den vergangenen Jahrzehnten als wesentliche Risikofaktoren für viele chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, orthopädische Erkrankungen oder Krebs identifiziert. Diese Erkrankungen stellen in den meisten Ländern der EU die Hauptkrankheitslast dar. Sie sind EU-weit für 60 Prozent der Todesfälle und 47 Prozent der gesamten Krankheitslast (burden of disease) verantwortlich (*WHO 2004*). Die WHO und die Europäische Union haben angesichts dessen ihre Mitgliedstaaten zu verstärkten Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung verpflichtet, um diesen Epidemien Einhalt zu gebieten (*WHO Europe 2006; WHO Europe 2006a; WHO Europe 2006b*). Sechs Länder wurden diesbezüglich detaillierter untersucht: Dänemark, Deutschland, England, Frankreich, Österreich und die Schweiz.

In allen diesen Ländern gibt es sowohl zu Bewegung als auch zu Ernährung, oft auch in Kombination beider Themen zahlreiche Initiativen, Programme und Projekte. Im Folgenden sollen für jedes Land wichtige Aktivitäten dargestellt werden.

Das dänische Gesundheitsministerium initiierte 2005 das Programm „Gesund durch das Leben“. Das Ziel der Kampagne lautet: „Die Anzahl Dänen, die sich gesund ernähren, soll deutlich erhöht und gesunde Essgewohnheiten sollen ein natürlicher Bestandteil des Alltags werden.“ In Deutschland hat das Bundesgesundheitsministerium ebenfalls im Jahr 2005 die Kampagne „Bewegung und Gesundheit“ ins Leben gerufen. Auf der eigens für die Kampagne konzipierten Internetseite⁹ werden die vielen Möglichkeiten dargestellt, wie jeder einzelne mehr Bewegung und eine bessere Ernährung in seinen Alltag integrieren kann. Das britische Gesundheitsministerium entwickelte den Aktionsplan „Choosing a Better Diet: a food and health action plan“. Ziel ist es, konkrete Verhaltensänderungen bei der Ernährung zu be-

wirken, zum Beispiel, indem der tägliche Konsum von Obst und Gemüse gesteigert wird. Das französische Gesundheitsministerium hat das „Nationale Programm für gesunde Ernährung“ aufgelegt. Mit Hilfe von Verbraucherinformation und Gesundheitsberichterstattung, Forschungsförderung und speziellen Angeboten für sozial schwache Bevölkerungsschichten wird eine Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten der Bevölkerung angestrebt. Der „Fonds Gesundes Österreich“ hat im Auftrag des Gesundheitsministeriums die Bewegungskampagne „Es ist nie zu spät, den ersten Schritt zu tun“ initiiert. Mit diesem Programm soll erreicht werden, dass sich mehr Menschen einen gesünderen Lebensstil zu eigen machen. Auch „Gesundheitsförderung Schweiz“ verfolgt als eine ihrer Kernstrategien „Gesundes Körpergewicht“. Ein breites Angebot an Kampagnen regt die Bevölkerung zu mehr Bewegung im Alltag an.

Der Ländervergleich zeigt, dass trotz unterschiedlicher Gesundheitssysteme keine wesentlichen Unterschiede bei der Durchführung solcher Programme zur Gesundheitsförderung bestehen. Meist sind es regionale oder lokale Akteure, die die Aktionen dezentral durchführen. Die Umsetzung erfolgt in unterschiedlichen Settings wie im Kindergarten, in der Schule, am Arbeitsplatz oder auf Gemeindeebene. Die wichtigsten Zielgruppen sind Kinder und Jugendliche oder besondere Problemgruppen wie zum Beispiel ältere Menschen oder Migranten. Bis vor wenigen Jahren stellten solche Setting-Ansätze noch eine Ausnahme dar. Gegenstand von Bewertungen solcher Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in einem definierten Setting sind häufig die Sicherung von Qualität und Akzeptanz, wobei oft nur Teilaspekte beachtet werden. Zum Beispiel wird bei der Qualitätssicherung oft nur auf die Strukturqualität geachtet. Um die Akzeptanz zu ermitteln, wird lediglich die Anzahl der Haushalte erfasst, die einen bestimmten Medienspot empfangen haben. Beides sind noch keine hinreichenden Bewertungen der Wirksamkeit einer Maßnahme. Eine umfassendere Programmevaluation mit Analyse der Prozess- und Ergebnisqualität sind aufgrund des hohen Aufwands, wie oben bereits erwähnt, aber nach wie vor eher selten.

4.6 Adressierung ungleicher Gesundheitschancen

Neben der vergleichenden Betrachtung von Gesundheitsförderung in den einzelnen Ländern an den konkreten Beispielen Bewegung und Ernährung soll hier auch kurz auf die Adressierung unterschiedlicher Gesundheitschancen eingegangen werden. In der Literatur gibt es sichere Belege dafür, dass der soziale Status auch die Gesundheitschancen bestimmt (*WHO Europe 2006a; EU Health Net 2006*). Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien oder mit Migrationshintergrund zeigen beispielsweise häufiger einen schlechten Zahnstatus, sind häufiger über-

gewichtig oder rauchen als Kinder und Jugendliche aus sozial besser gestellten Familien. Dies muss bei der Gestaltung der Programme zur Gesundheitsförderung beachtet werden. Aus diesem Grund auch hat sich bei Maßnahmen zur Gesundheitsförderung inzwischen der Setting-Ansatz durchgesetzt, da beispielsweise in der Schule dadurch auch Kinder erreicht werden, deren Eltern sich nicht unbedingt für diese Themen engagieren.

In der europäischen Kultur wird der Wert „Chancengleichheit“ allgemein und ganz besonders auch bei der gesundheitlichen Versorgung als sehr hoch eingestuft. Dieser Bewertung trägt auch die Europäische Kommission mit ihren Kampagnen Rechnung (*Judge et al. 2006*). In den nordischen Ländern Europas und der Niederlande hat das Thema Chancengleichheit bereits Tradition, weshalb es schon lange bei Maßnahmen zur Gesundheitsförderung berücksichtigt wird. Schweden und die Niederlande haben beispielsweise bei der Definition ihrer Gesundheitsziele jeweils ein Ziel formuliert, das gesundheitliche Chancengleichheit mit einem messbaren Erfolgsindikator hinterlegt. Vor allem in Dänemark und Schweden sind breit angelegte Public-Health-Kampagnen aufgelegt worden, die viele Politikfelder außerhalb der Gesundheitspolitik mit einbeziehen. Das schwedische Public-Health-Gesetz zielt darauf, soziale Bedingungen zu schaffen, die es allen Bürgern Schwedens gleichermaßen ermöglichen, gesund zu leben. Finnlands laufendes Programm „Gesundheit 2015“ verpflichtet sich, benachteiligte Gesellschaftsgruppen besonders zu fördern. In Deutschland ist die Berücksichtigung sozial schwacher Gruppen in der Gesundheitsförderung sogar gesetzlich verankert und viele Kampagnen wenden sich gezielt an diese Bevölkerungsgruppen.

■ 5 Fazit

Gesundheitsförderung hat in den vergangenen 15 Jahren in nahezu allen untersuchten Ländern eine immer größere Bedeutung erlangt. Dies ist zum einen wahrscheinlich auf die Initiativen supranationaler Organisationen zurückzuführen, zum anderen ist Gesundheitsförderung als eine potenzielle Strategie zur Lösung der gesundheitspolitischen Problemlagen in das Blickfeld der Akteure gerückt.

Die Gesundheitsberichterstattung (surveillance) der einzelnen Staaten und vergleichende Länderstudien von WHO und OECD zeigen beispielsweise bei der Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen dringenden Handlungsbedarf auf, denn wissenschaftliche Studien zeigen, dass ein großer Teil der frühen Sterblichkeit vermeidbar ist. Entsprechend wurde die Forschung zu Gesundheitsförderung und Prävention auf nationaler und supranationaler Ebene gezielt gefördert. Auf Basis dieser Ergebnisse

wurden Gesundheitsziele formuliert, Strategien entwickelt und in entsprechenden Programmen umgesetzt. Trotz all dieser Anstrengungen sind die Erfolge im Hinblick auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung jedoch gering. Dies liegt auch daran, dass im Vergleich zur kurativen Medizin immer noch sehr wenig Geld in diesen Bereich investiert wird, nämlich nur knapp ein bis fünf Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Dies ist angesichts der anstehenden Probleme wie die Überalterung der Gesellschaft, die Zunahme chronischer Erkrankungen – auch schon in jungen Jahren (Diabetes mellitus Typ 2) – und begrenzte finanzielle Ressourcen zu wenig, um eine grundlegende Verbesserung der Situation herbeizuführen. Um Gesundheitsförderung in allen Bereichen des Lebens zu etablieren, die Aktivitäten der Akteure besser zu koordinieren und gezielt auszurichten, bedarf es weiterer großer Anstrengungen. Dies gilt insbesondere in Hinblick auf eine verbesserte Finanzierung und Akzeptanz der Programme, wenn Europa den selbstgestellten Anforderungen auf Chancengleichheit bezüglich eines Lebens in Gesundheit gerecht werden will.

WHO und EU verstärken weiterhin ihre Bemühungen, soziale Ungleichheit als wesentliche Determinante ungleicher Gesundheitschancen zu bekämpfen. Die vorhandenen Strategien reichen von gezielten Maßnahmen, die nur besonders Benachteiligte fördern, bis hin zur Beeinflussung sozioökonomischer Parameter, die die Chancen auf ein gesundes Leben für allen Bevölkerungsschichten beeinflussen (*Whitehead und Dahlgren 2006a; Whitehead und Dahlgren 2006b*). Für WHO und EU ist die Realisierung der Chancengleichheit für ein gesundes Leben sowohl innerhalb einzelner EU-Staaten als auch für die EU als Ganzes die Voraussetzung für den sozialen Frieden in der Union. Man kann deshalb davon ausgehen, dass Gesundheitsförderung in der EU-Politik in Zukunft einen größeren Raum einnehmen wird.

Webquellen

(letzter Zugriff im März 2007)

- 1 www.cvhpinstitute.org/links/northk.htm
- 2 www.phs.ki.se/csp/safecom/motala2.htm
- 3 www.ktl.fi/portal/265
- 4 ec.europa.eu/phea/
- 5 www.ecosante.org/OCDEENG/13.html
- 6 www.bzga.de/ -> Infomaterialien/Bestellung -> Fachpublikationen -> Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung
- 7 www.gesundheitsfoerderung.ch/d/knowhow/qualitaetsmanagement/default.asp
- 8 www.quint-essenz.ch
- 9 www.die-praevention.de

Literatur

- Antonovsky A (1997):** Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt 1997
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) (2006):** Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung der § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006, www.gkv.info/gkv/ -> Rundschreiben -> Rundschreiben 2006 -> Leitfaden Prävention
- BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1999):** Evaluation – Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Köln: BZgA
- Dahlgren G, Whitehead M (1991):** Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies
- EU Health Net – European Partners for Equity in Health (2006):** Position paper on “Tackling Health Inequalities”, www.health-inequalities.org/ -> publications -> Position Paper on “Tackling Health Inequalities” -> Link (click here)
- Europäische Kommission (2007):** Übersicht über die EU-Gesundheitspolitik, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/overview_de.htm
- International Union for Health Promotion and Education (Hrsg.) (1999):** The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. A Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion. Part Two: Evidence Book. Brüssel, Luxemburg: European Commission
- Judge K, Platt S, Costongs C (2006):** Health inequalities – a challenge for Europe. European Commission Tackling Health Inequalities: Governing for Health, www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/15/83/04121583.pdf
- Kickbusch I (2003a):** Gesundheitsförderung. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R et al. (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage. München, Jena: Urban & Fischer, 181–189
- Kickbusch I (2003b):** The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. American Journal of Public Health., 93(3):383–388
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2005):** Grünbuch „Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung: eine europäische Dimension zur Verhinderung von Übergewicht, Adipositas und chronischen Krankheiten“. Brüssel, den 08.12.2005, KOM, 637
- Nutbeam D (1999):** Health Promotion Effectiveness – The Questions to be Answered. In: International Union for Health Promotion and Education (Hrsg.). The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. A Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion. Part Two: Evidence Book. Brüssel, Luxemburg: European Commission, 1–11
- OECD (2006):** OECD Gesundheitsdaten 2006. Statistiken und Indikatoren für 30 Länder. Version 06.06.2006
- Øvretveit J (2002):** Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen. Einführung in die Bewertung von gesundheitsbezogenen Behandlungen, Dienstleistungen, Richtlinien und organisationsbezogenen Interventionen. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber
- Statistisches Bundesamt (2005):** Gesundheit. Ausgaben 1992–2003. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Walter U, Schwartz FW (2003):** Prävention. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R et al. (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage. München, Jena: Urban und Fischer, 189–214

Weinbrenner S, Wörz M, Busse R (2007): Gesundheitsförderung im europäischen Vergleich. Bonn: KomPart

Whitehead M, Dahlgren G (2006a): Levelling up. Part 1: a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health, www.euro.who.int/document/e89383.pdf

Whitehead M, Dahlgren G (2006b): Levelling up. Part 2: a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health, www.euro.who.int/document/e89384.pdf

WHO (1986): Ottawa-Charta, WHO-autorisierte Übersetzung von H. Hildebrandt und I. Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von B. Badura sowie H. Milz,

www.euro.who.int -> Deutsch -> Über die WHO -> Grundsatz-erklärungen -> Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986

WHO Europe (2003): Review of national Finish health promotion policies and recommendations for the future, www.euro.int/document/E78092.pdf

WHO (2004): Global strategy on diet, physical activity and health, www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf

WHO Europe (2005): Der Europäische Gesundheitsbericht 2005. Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt. WHO Regionalbüro für Europa Kopenhagen, www.euro.who.int/Document/E87325G.pdf

WHO Europe (2006): European Charta on counteracting obesity, www.euro.who.int/Document/E89567.pdf

WHO Europe (2006a): Socioeconomic Determinants of Health in Adolescence, www.euro.who.int/document/e89375.pdf

WHO Europe (2006b): Physical Activity and Health in Europe, www.euro.who.int/document/e89490.pdf

WHO Regional Office for Europe (1998): Terminology – A glossary of technical terms on the economics and finance of health service, www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=P -> Public Health

Wismar M (2003): Health Impact Assessment – Politikberatung als Bindeglied zwischen Wissensproduktion und Entscheidungsfindung. G+G Wissenschaft, 3(4):25–35

die autoren



Dr. med. Susanne Weinbrenner, MPH,
ist seit 2006 Bereichsleiterin Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien am Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin. Sie sammelte langjährig klinische Erfahrungen als Anästhesistin,

bevor sie von 2003 bis 2006 als Gesundheitswissenschaftlerin an der Technischen Universität Berlin (Gesundheitssystemforschung) tätig war.



Markus Wörz, M.A.,
ist seit 2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachgebiet Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin. Von 1999 bis 2002 arbeitete er in der

Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover.



Prof. Dr. Reinhard Busse, MPH, FFPH,
ist Professor für Management im Gesundheitswesen und Dekan der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin. Er ist einer der Forschungsdirektoren

des European Observatory on Health Systems and Policies und Fakultätsmitglied der Charité – Universitätsmedizin Berlin.