



# Gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung: analytische Grundlagen und normative Orientierungen gesellschaftlicher Mehrfachsteuerung

Kai Mosebach und Ulla Walter

## Inhalt

<b>1 Theorie der Gesundheitspolitik: analytische und normative Perspektiven im gesellschaftlichen Spannungsverhältnis</b> .....	2
1.1 Gesellschaftlicher Wandel, Gesundheitspolitik und die wachsende Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung .....	2
1.2 Wettbewerbsbasierte Kostendämpfungspolitik und die Herausforderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit .....	3
<b>2 Kein Staat zu machen? Zur Entmystifizierung „staatlicher“ Gesundheitspolitik im föderalen, sozialen und demokratischen Rechtsstaat</b> .....	4
2.1 Staat, Staatsprojekt und Hegemonie: institutionelle Handlungskontexte und Problemlösungshorizonte staatlicher und gesellschaftlicher Akteure .....	4
2.2 Machtasymmetrien, externe Effekte und Politikverflechtungen staatlich vermittelter Gesundheitspolitik .....	5
<b>3 Staatliche Steuerungsinstrumente und Governanceformen auf dem Feld von Prävention und Gesundheitsförderung</b> .....	6
3.1 Governance des deutschen Gesundheitswesens: staatliche Steuerungsinstrumente in einem System der gesellschaftlichen Mehrfachsteuerung .....	7
3.2 Governance von Prävention und Gesundheitsförderung: Vollzugsdefizite und Neujustierungen durch das Präventionsgesetz .....	8
3.3 (Primär-)Prävention und Gesundheitsförderung nach dem Präventionsgesetz: Konturen eines staatlich-korporatistisch regulierten sozialen Wohlfahrtsmarktes .....	9
<b>4 Zukunftsfähige Gesundheitspolitik: Perspektiven einer partizipatorischen Präventions- und Gesundheitsförderung</b> .....	12
<b>Literatur</b> .....	13

In Seminaren und Vorträgen werden wir oft mit Fragen konfrontiert, warum die vielen Konzepte zur Verbesserung der Gesundheit von Einzelnen und sozialen Gruppen, Interventionen zur Vermeidung von Belastungen oder zur Stärkung von Ressourcen, von „der Politik“ nicht schnellstens umge-

setzt werden. Und das, obwohl sinnvolle Zielsetzungen und gut klingende Maßnahmen in zahllosen Politikerreden und schriftlichen Gesetzesbegründungen enthalten sind. Zwischen der Zielformulierung und der Umsetzung von Gesundheitspolitik besteht offenbar ein großer Unterschied! Politik, so meinte bereits Max Weber, wie seine Frau zu berichten wusste (Weber 1984), ist die Kunst, „dicke Bretter zu bohren“. Viele Berufspolitiker und engagierte Bürger können davon ein (leidvolles) Lied singen.

Allerdings sind manche Bretter – um im Bild zu bleiben – so dick, dass der benutzte Bohrer sich abnutzt, abbricht oder erst gar nicht in Anschlag gebracht wird. Das hat zweifellos mit widerstreitenden Akteurinteressen und sog. „Sachzwängen“ oder auch einfach mit politischer Unfähigkeit zu tun

---

K. Mosebach (✉)  
Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft, Ludwigshafen, Deutschland  
E-Mail: [kai.mosebach@hwg-lu.de](mailto:kai.mosebach@hwg-lu.de)

U. Walter  
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland  
E-Mail: [Walter.Ulla@mh-hannover.de](mailto:Walter.Ulla@mh-hannover.de)

(Greer et al. 2016). In einer komplexen Weltgesellschaft, in der (vergangene) Zeit mitunter Geld(verlust) bedeutet – gerade auch im Gesundheitswesen –, verstärken die eigensinnigen Zeitrhythmen demokratischer Politik die bereits latent vorhandene Politikentfremdung; und die Fragen hören dann auf für die Studierenden von Interesse zu sein. Wer gestalten will, braucht einen langen Atem und Geduld. Aber es ist möglich.

Trotz oft zu beobachtenden „Durchwurstelns“ (Lindblom 1959) werden gesundheitspolitische Entscheidungen durchaus umgesetzt, manchmal jedoch dauern Reformprozesse viele Jahre, mitunter Jahrzehnte. Warum diese Umsetzung von gesundheitspolitischen Entscheidungen mitunter so lange dauert, und wie die damit zusammenhängenden Hindernisse und Abänderungen von Reformintentionen vermieden werden könnten, wird in diesem Beitrag thematisiert. Die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung erfordert einen langen Weg zu gehen. Dieser führt manchmal auch auf Abwege, die mitunter kaum noch was mit den anfänglichen Zielsetzungen zu tun haben. Bisweilen gelingt aber eine „große Strukturreform“; wie z. B. die wettbewerbszentrierte Neuorientierung des deutschen Gesundheitssystems (genauer: der Gesetzlichen Krankenversicherung, GKV) (Gerlinger 2009) oder das bundesweite Präventionsgesetz 2015 (Luetkens 2014; Mosebach et al. 2018).

## 1 Theorie der Gesundheitspolitik: analytische und normative Perspektiven im gesellschaftlichen Spannungsverhältnis

Um die gesundheitspolitische Gestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung zu verstehen, ist es zunächst nötig, sich eine Vorstellung davon zu machen, was sich hinter dem Begriff „Gesundheitspolitik“ verbirgt und wie sich diese in Deutschland entwickelt hat. Der Begriff Gesundheitspolitik sowie die Einrichtung eines entsprechend bezeichneten Bundesgesundheitsministeriums (BMG) ist eine recht junge Erscheinung in Deutschland. Sie ist mit dem GKV-Gesundheitsstrukturgesetz (GKV-GSG) 1993 verbunden, welches nicht nur den Krankenkassenwettbewerb, sondern auch die neuartige Vergütung von Krankenhausleistungen und die Einführung von Budgets sowie Wettbewerb in die Steuerung der Krankenversicherung der GKV veranlasste (vgl. zu Phasen der Gesundheitspolitik in Deutschland: Gerlinger 2002). Vorher war Gesundheitspolitik im Ressortbereich des Sozial- und Arbeitsministeriums angesiedelt und wurde vor allem als solidarische Krankenversicherung verstanden. Dies spiegelt sich heute noch in vielen Bundesländern, in denen es bis heute kein eigenständiges Gesundheitsressort gibt. Mit dem

GKV-Strukturgesetz 1993 wurde die Reform der Krankenversicherung gewissermaßen zur „Chefsache“ gemacht. Seitdem ist es auch in Deutschland ein eigenständiges Politikfeld, mit besonderen Akteuren und Interessen (Manow und Döhler 1997; Rosenbrock und Gerlinger 2014).

### 1.1 Gesellschaftlicher Wandel, Gesundheitspolitik und die wachsende Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung sind – beginnend in den 1980er-Jahren und besonders seit den 1990er-Jahren (Schwartz et al. 1999) – sowohl gesundheitspolitisch als auch wissenschaftspolitisch zur Senkung der Inzidenz und Prävalenz von chronisch-degenerativen Erkrankungen stark gefördert worden (Walter und Plaumann 2017; Mosebach et al. 2018). Ihr politischer Bedeutungszuwachs bliebe aber völlig unverstanden, wenn die Kritiken der Frauen-, Anti-Psychiatrie- und Umweltbewegung am paternalistischen und technologiefixierten Medizinsystem der Nachkriegszeit nicht berücksichtigt würden, die in den späten 1970er- und frühen 1980er-Jahren ihren Höhepunkt erreichten (siehe z. B. die Beiträge in: Jahrbuch für Kritische Medizin 1986). Deren Kritik richtete sich nicht nur gegen die „totale Institution“ (Erving Goffmann) des Krankenhauses, sondern auch gegen die Wirkungslosigkeit, ja mitunter handfeste Schädlichkeit medizinischer Maßnahmen zur Bekämpfung sich gesellschaftlich ausbreitender chronisch-degenerativer Erkrankungen (klassisch: Illich 2007). Doch Medizinkritik ist nur die halbe Geschichte.

Denn Gesundheitspolitik – und auch ihre Kritik – bleibt stets in gesellschaftliche Entwicklungen eingebunden. So versuchte die frühe preußische Medizinalpolizey den absolutistischen Staat in Preußen über die Kontrolle von „gefährlichen Klassen“, d. h. in der Regel verarmten Menschen mit übertragbaren Krankheiten, zu stabilisieren (Labisch und Woelk 2012). Die Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland unter dem Reichskanzler Otto von Bismarck im Jahr 1883 ist nicht zuletzt einer Kooptationsstrategie gegen die revolutionären Sozialdemokraten zu verdanken, indem diese verboten und ihre soziale Verankerung in sog. Freikassen durch die staatliche Regulierung der Krankenversicherung für Arbeiter kontrolliert wurde (Tennstedt 1977, S. 39 ff.; Alber 1992, S. 41 ff.).

Nach dem Zweiten Weltkrieg und der Niederschlagung des Nationalsozialismus einigten sich Kapital und Arbeit auf eine Wirtschafts- und Sozialordnung, die neben dem privaten Wirtschaftssektor eine gemischte Wirtschaft etablierte, in der ein öffentlicher Unternehmenssektor, ein korporatisti-

scher Sozialstaat und (über-)betriebliche Mitbestimmung realisiert wurden (Simonis 1998; Streeck 1999). Gesundheitspolitik war Sozialpolitik, indem die „Sozialpartner“ (Kapital und Arbeit) maßgeblich an der Politikformulierung des Staates beteiligt waren und die Krankenkassen via Selbstverwaltung steuerten (Korporatismus) (Alber 1992). Prävention und Gesundheitsförderung als systematische Politikansätze zur Verhinderung chronisch-degenerativer Erkrankungen waren de facto kaum vorhanden. Prävention war hauptsächlich auf die Vermeidung und Eindämmung von Infektionen durch öffentlichen Infektionsschutz und individualisierte Sozialmedizin fokussiert (Stöckel und Walter 2002).

Der Aufstieg von Prävention und Gesundheitsförderung seit den 1970er-Jahren verdankt sich daher auch der Krise jenes „Traumes immerwährender Prosperität“ (Lutz 1989), der im „Wirtschaftswunder“ blühte und in der Weltwirtschaftskrise der 1970er-Jahre schließlich zerplatzte. Zugleich ging diese Wirtschaftskrise mit der Restrukturierung der industriellen Arbeiterklasse und dem Aufstieg postmaterialistischer Milieus von Angestellten in neu entstehenden Dienstleistungsbranchen einher (Crouch 1998; Therborn 2000). Diese neue(n) Mittelklasse(n) forderte(n) aufgrund der (demokratischen) Bildungsexpansion zu Beginn der 1970er-Jahre mehr Beteiligung und Mitsprache bei – nicht nur – gesundheitlichen Entscheidungen ein (Moran 1999). Die hiermit einhergehende Individualisierung von Lebensentwürfen verband sich schnell mit einem neuen (post-)modernen Konsumstil, der durch neue flexible Produktionsmethoden von Konsumgütern möglich wurde. Der „alte“ Sozialstaat wurde im Kontext der ökonomischen Globalisierung als zu teuer und unflexibel kritisiert (Hirsch und Roth 1986; Beck et al. 1994).

Der relative Niedergang der industriellen Arbeiterbewegung und die zunehmende Wettbewerbsorientierung neuer Arbeitnehmergruppen im Zuge dieser neoliberalen Modernisierungsstrategie führte zu einem Wandel des korporatistischen Gesundheitssystems in Deutschland in Richtung auf ein wettbewerblich ausgerichtetes Gesundheitswesen (Gerlinger 2009; Gerlinger und Mosebach 2009). Gesundheitspolitik war nicht mehr nur Sozialpolitik, sondern wurde zunehmend auch als Beschäftigungs-, Wachstums- und Wettbewerbspolitik für wichtig erachtet. Konträr dazu erwuchs aus der Ökologiebewegung eine Politik der Eindämmung vielfältiger Gesundheitsgefahren in einer Risikogesellschaft (Beck 1986). Die ökologisch vermittelte Sorge um die eigene Gesundheit verband sich bald mit der staatlichen Strategie, dass die Mittelklassen sich um ihre Gesundheit bemühen sollten (Kühn 1993; Petersen und Lupton 1996). Die eigene Gesundheit zu erhalten, wurde bald zur gesellschaftlichen, allerdings höchst ambivalenten Pflicht für alle Bürger (Brunnett 2009; Kickbusch und Hartung 2014).

## 1.2 Wettbewerbsbasierte Kostendämpfungspolitik und die Herausforderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit

Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen bedeutet aber nicht weniger Staat, sondern vielmehr – wenn auch auf den ersten Blick irritierenderweise – mehr Staat (Gerlinger et al. 2008; Mosebach 2013). Da freie Märkte im Gesundheitswesen nicht funktionieren können, muss der Staat korrigierend eingreifen und Marktverhältnisse politisch simulieren. Dieses ist z. B. in der Krankenhausvergütung mittels Diagnosis Related Groups (DRGs) geschehen, indem er administrative Preismechanismen durchsetzte, welche die Effekte freier Marktpreisbildung nachbilden sollen (d. h. Kostenwettbewerb). Die politische Steuerung des Gesundheitswesens wandelt sich also, indem sich die Rolle des Staates ändert und das nicht nur in Deutschland (Rothgang et al. 2010; Guillén und Pavolini 2013). Fiskalische Engpässe („permanente Austerität“) fördern die Begrenzung öffentlicher Gesundheitsausgaben („Budgetierung“) und verbinden sich mit der Bedeutungszunahme des politisch simulierten Wettbewerbs zur hegemonialen Strategie der *wettbewerbsbasierten Kostendämpfungspolitik* in europäischen Gesundheitssystemen (Gerlinger und Mosebach 2009; Mosebach 2019).

Wettbewerbsliche Ressourcenverteilung, Privatisierungen von öffentlichen Gesundheitsunternehmen und punktuelle Leistungsprivatisierungen gewinnen an Bedeutung, wie auch die staatliche Regulierung der Rahmenbedingungen zunehmend komplexer wird. Politikwissenschaftler sprechen hier vom generellen Aufstieg des „regulatorischen Staates“ (Majone 1997), der selbst immer weniger eigene Dienstleistungen erstellt, sondern private oder zivilgesellschaftliche Träger „reguliert“ oder zur „gemeinsamen Problemlösung“ anhält. Das gilt auch im Gesundheitswesen. Die politische Steuerung des Gesundheitswesens wandelt sich in der Folge zur Health System Governance (Greer et al. 2016) von Interorganisationsbeziehungen, der Staat institutionell-organisatorisch zum „kooperativen Staat“ (Benz 2008, S. 259 ff.), substanziell allerdings zum „nationalen Wettbewerbsstaat“ (Hirsch 1995; Jessop 2002) und in gesundheitspolitischer Hinsicht zum „Competitive Health Care State“ (Mosebach 2019).

Das zentrale normative gesundheitspolitische Ziel von Prävention und Gesundheitsförderung bleibt jedoch weiterhin „die Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung durch die Vermeidung von Krankheit und vorzeitigem Tod sowie durch die Vermeidung oder Verringerung krankheitsbedingter Einschränkungen der Lebensqualität und des vorzeitigen Todes“ (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 15). Vor dem Hintergrund der dargestellten gesellschaftlichen Transformationen ist es eine große gesundheitspolitische Herausforderung, diese Zielsetzungen aufgrund zahlreicher Blockaden und Hindernisse erfolgreich umzusetzen (Rosen-

brock und Gerlinger 2012, S. 1047 ff.). Aufgrund der Bedeutung sozialer Determinanten für die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit (siehe zahlreiche Beiträge in diesem Band) sowie des vielfältigen Geflechtes der Ursachen und Einflüsse, reicht es allerdings nicht aus, dass sich die Individuen um „ihre Gesundheit“ kümmern. Belastungen lassen sich nicht senken, Ressourcen nicht stärken, wenn nicht kollektiv und solidarisch gehandelt wird (WHO 2008). Komplexe Herausforderungen erfordern vielmehr umfassende und konzentrierte Ansätze, wie besonders bei der aktuellen weltweiten „Adipositasepidemie“ deutlich wird (Walter et al. 2018). Das heißt: „Gesundheit ist ohne Politik nicht möglich“ (Deppe 1987).

Wie kann – so die Schlüsselfrage dieses Kapitels – die „Politik“ bzw. „der“ Staat einen solchen Beitrag leisten? Was sind die Bedingungen einer zukunftsfähigen Gesundheitspolitik dafür? Die Beantwortung der Fragen setzt voraus, zunächst einmal den Begriff des Staates in Bezug auf das „Feld“ der Gesundheitspolitik zu entfalten und verständlich zu machen.

## 2 Kein Staat zu machen? Zur Entmystifizierung „staatlicher“ Gesundheitspolitik im föderalen, sozialen und demokratischen Rechtsstaat

Der Staat in Deutschland (Staatsterritorium) ist ein demokratischer und sozialer Rechtsstaat auf föderaler Basis, in dem „alle Staatsgewalt vom Volke [Staatsvolk]“ ausgeht; so bestimmt es das Grundgesetz in den Artikeln 20, 28 und 30. Doch diese juristische Definition hilft zum Verständnis von staatlicher Gesundheitspolitik zunächst wenig. Obwohl das Wort „Staat“ sprichwörtlich in aller Munde ist, bleibt unklar, was mit diesem gemeint ist. Was ist das empirische Korrelat, auf das sich das Wort bezieht? Was ist „der“ Staat? Aus welchen Akteuren besteht das „Staatsvolk“?

### 2.1 Staat, Staatsprojekt und Hegemonie: institutionelle Handlungskontexte und Problemlösungshorizonte staatlicher und gesellschaftlicher Akteure

Zunächst gilt: der Staat ist kein Akteur, der handelt; vielmehr handeln Akteure in ihm. Der Staat ist – so schrieb einst Niklas Luhmann – die „Selbstbeschreibung des politischen Systems“ (Luhmann 2002, S. 217). Das politische System ist dadurch gekennzeichnet, dass es gesellschaftlich bindende Entscheidungen für die anderen gesellschaftlichen Bereiche hervorbringt. „Der“ Staat umfasst viele unterschiedliche „Institutionen“ und „Akteure“: wenigstens Legislative (Ge-

setzgebung: Bundestag, Bundesrat, Länderparlamente), Exekutive (Gesetzesdurchführung: Bundesregierung und -verwaltung) und Judikative (Gesetzessicherung: Gerichtswesen). Der Staat muss als institutionalisierter Handlungskontext begriffen werden, „in dem Individuen, Gruppen (kollektive Akteure) oder Organisationen (korporative Akteure) zusammenwirken [...], um gesellschaftliche Probleme zu lösen bzw. öffentliche Aufgaben zu erfüllen.“ (Benz 2008, S. 99). Das Demokratie-, Rechtsstaats-, Sozialstaats- und Föderalprinzip des Grundgesetzes beschränkt die (bei Abwesenheit dieser Prinzipien potenziell diktatorische) Handlungsautonomie der Zentralgewalt (d. h. der Bundesregierung). Diese Prinzipien markieren den Kern einer demokratischen Ordnung. Sie bleiben jedoch nicht allein durch die Verfassungsnormen lebendig, sondern ebenso sehr durch ihre sich in konkreten Gesetzen verkörpernde Verfassungsrealität und die demokratische Beteiligung der Bürger (Benz 2008, S. 105 ff.).

Die Bundesrepublik Deutschland ist eine parlamentarische Konsensdemokratie, weil zum einen das Verhältniswahlrecht und zum anderen die Einschränkungen der Handlungsautonomie der Zentralgewalt zu einem politischen Verhandlungsprozess zwingen. Die demokratisch durch Wahlen legitimierte Bundesregierung ist somit in der Durchsetzung ihrer politischen Ziele sowohl auf die (immer gefährdete) Einheit ihrer Regierungskoalition als auch die Ausbalancierung von Interessen relevanter politischer, ökonomischer und gesellschaftlicher Akteure angewiesen (Hartmann 2004; Benz 2008). Die Vision eines solchen kohärenten Regierungsprogramms wird als Staatsprojekt bezeichnet (Jessop 2018), wobei jedoch nicht jede Regierung das Rad neu erfindet. Politische Wandlungsprozesse – gerade auch im Gesundheitswesen – sind selten ein alleiniges Ergebnis einer Regierung, vielmehr ziehen sie sich oft über mehrere Legislaturperioden hin (Knieps und Reiners 2015). Entscheidend ist, dass staatliche Akteure zusammen mit gesellschaftlichen Akteuren (Verbänden, zivilgesellschaftlichen Organisationen, Unternehmen, Gewerkschaften etc.) einen gemeinsamen Problem- und Lösungshorizont entwickeln (Scharpf 2000). Staatliche Akteure bilden mit gesellschaftlichen Akteuren also immer politische (Sach-)Koalitionen; und die Regierungskunst besteht darin, alle Interessen unter „einen Hut zu bekommen“. Beispiele hierfür sind der Nationale Krebsplan (s. Hintergrundinformation).

#### Hintergrundinformation: Nationaler Krebsplan

Das Feld der Krebsfrüherkennung war um die Jahrtausendwende geprägt von einem breiten Meinungsspektrum, Kritikern und vehementen Verfechtern, sowie einer sich wandelnden wissenschaftlichen Datenlage. Vor diesem Hintergrund „der schwierigen fachlichen und gesundheitspolitischen Ausgangslage“ (Helou 2014, S. 289) wurde im Jahr 2008 der Nationale Krebsplan in Deutschland von dem Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit der



Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren initiiert. Ziel ist die Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und -versorgung. Um eine wirksame Abstimmung der Aktivitäten aller in diesem Feld Beteiligten zu erreichen, wurden zudem zahlreiche Akteure – Länder, Krankenkassen, Rentenversicherung, Leistungserbringer, Wissenschaft und Patientenverbände – in eine mehrjährige Zusammenarbeit eingebunden.

Die Schwerpunkte des Nationalen Krebsplans liegen auf vier Handlungsfeldern:

1. Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung
2. Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung
3. Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung
4. Stärkung der Patientenorientierung.

Zur Unterstützung des erforderlichen Forschungsbedarfs in den Handlungsfeldern wurde zudem ein entsprechender Förderschwerpunkt eingerichtet. Um diese vier Handlungsfelder zu bearbeiten, wurden zunächst in drei Jahren (2008–2011) insgesamt 13 Ziele und rund 40 Teilziele sowie ca. 100 Empfehlungen in einem aufwändigen Beratungsprozess in drei Experten-Arbeitsgruppen entwickelt. Zur eigenverantwortlichen Umsetzung dieser an die Bundes-, Landes- und Selbstverwaltungsebene adressierten Empfehlungen dient der 2012 gegründete „gesundheitspolitische Umsetzungskreis“ (GEUK), in dem die Spitzen der beteiligten Organisationen vertreten sind. Zu ihren Aufgaben zählen organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme mit einem persönlichen Einladungswesen für Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs einzuführen, klinische Krebsregister flächendeckend aus- und aufzubauen, eine einheitliche Tumordokumentation sicherzustellen sowie die psychoonkologische Versorgung zu verbessern (BMG 2017).

Ein erster Meilenstein für die Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und die klinische Krebsregistrierung ist das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG, das am 9. April 2013 in Kraft trat. Das Gesetz unterstützt eine stärkere Qualitäts- und Evaluationsorientierung, zugleich wurde die informierte und freie individuelle Entscheidung an der Krebsfrüherkennung verankert, bei möglichst hoher Teilnehmerate (Helou 2014).

### Ende der Hintergrundinformation

Fühlen sich gesellschaftliche Gruppen, soziale Schichten und Milieus in ein Regierungsprogramm integriert und strahlt dieses in weite Teile der Bevölkerung im positiven Sinne aus, wird dies als erfolgreiche hegemoniale Vision (Jessop 2018) bezeichnet. Politischen Parteien kommt dabei eine

wichtige Vermittlerrolle zu. Eine Krise der politischen Parteien, die sich in zu geringer Wahlbeteiligung oder aber auch einem Umbruch des Parteiensystems ausdrücken kann, signalisiert meist eine Krise dieser hegemonialen Vision. In der Folge droht die Konfliktintensität in einer Gesellschaft ein bedrohliches Ausmaß anzunehmen, da die einende hegemoniale Vision verloren gegangen ist und Staatsprojekte nur noch schwer durchzusetzen sind (ebd., S. 84 ff.). Konflikte – das gilt es zu betonen – sind völlig normal und demokratisch erwünscht, sind sie doch Ausdruck unterschiedlicher Interessen von Akteuren im jeweiligen Politikfeld. Hegemoniale Krisen dagegen sind meist Ergebnis politischer Repräsentationskrisen, die von politisch-sozialen Bewegungen über viele Politikfelder hinweg getragen werden, und Symptome einer grundlegenden gesellschaftlichen Veränderung, die auch gesundheitspolitische Effekte hervorrufen kann (siehe dazu oben). Gesundheitliche Verhältnisse ändern sich mit gesellschaftlichen Veränderungen.

## 2.2 Machtasymmetrien, externe Effekte und Politikverflechtungen staatlich vermittelter Gesundheitspolitik

Vor diesem Hintergrund bezeichnet Gesundheitspolitik „die Gesamtheit der organisierten Anstrengungen, die auf die Gesundheit von Individuen oder sozialen Gruppen Einfluss nehmen“ (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 15). Als spezifisches Politikfeld mit besonderen Akteuren, Interessen und Problemwahrnehmungen ist es von anderen Politikfeldern (wie z. B. Finanzpolitik) zu unterscheiden, bleibt aber über das Staatsprojekt und in mehreren Politikfeldern aktive Akteure an den Staat als Institutionensystem rückgebunden (ebd., S. 22 ff.). Das bedeutet einerseits, dass gesundheitspolitische Prozesse bei politischen Krisen auf anderen Politikfeldern nicht unmittelbar betroffen sein müssen. Andererseits sind jedoch gerade von Prozessen auf benachbarten oder bedeutsamen Politikfeldern staatlich vermittelten Handelns (z. B. Krisen der Finanz-, Wirtschafts- oder Rentenpolitik) sehr wohl Auswirkungen auf das gesundheitspolitische Feld zu beobachten. Gesellschaftliche Umbrüche, etwa die Wiedervereinigung Deutschlands oder die Entscheidung für ein neues wirtschafts- und sozialpolitisches Modell, können Gelegenheitsfenster für eine Umgestaltung der Gesundheitspolitik eröffnen und zu grundlegenden Veränderungen führen, indem neue Ordnungsideen oder (bislang) marginale Akteure auf der politischen Bühne an Gewicht gewinnen (Döhler 1990; Gerlinger 2002).

Doch selbst in „normalen Zeiten“, in denen stabile Koalitionen aus staatlichen und gesellschaftlichen Akteuren mit einem großen Integrationspotenzial bestehen, können manche Akteure mit ihren Interessen wenig Gehör bei staatlichen bzw. staatlich-delegierten Entscheidungen finden. Andere

Akteure im Gesundheitswesen haben folglich mehr Macht, denn Macht drückt sich darin aus, dass ihre Akteurinteressen in politischen Entscheidungsprozessen berücksichtigt werden (Hay 2002, S. 168 ff.). In der Politikwissenschaft unterscheidet man zwischen verschiedenen Machtressourcen von Akteuren, die auf „administrativer Macht“ der staatlichen Exekutive, der „sozialen Macht“ gesellschaftlicher Akteure und der „kommunikativen Macht“ im Rahmen der politischen Öffentlichkeit basieren können (Messner 1995, S. 359 ff.).

Politische Entscheidungsprozesse können folglich von strukturellen Machtasymmetrien zwischen mit Ressourcen ungleich ausgestatteten Akteuren (zwischen Ärzten und Patienten oder Krankenkassen und Verbänden kleinerer Gesundheitsberufe etwa) oder von strategischen Selektivitäten geprägt sein (vgl. zu diesen Konzepten: Jessop 2018). So können etwa finanzielle Verbesserungen von bestimmten Leistungsprogrammen wegen der übergreifenden normativen Hegemonie der Beitragssatzstabilität eng begrenzt sein oder unmöglich erscheinen (Gerlinger 2009).

Was also ist nun staatliche Gesundheitspolitik? Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass es „die“ staatliche Gesundheitspolitik nicht gibt. Staatlich vermittelte Entscheidungen hängen ebenso sehr von politischen Koalitionen ab wie deren Handlungsautonomie von bestehenden Verfassungs- und Gesetzesnormen (und ihrer Rechtsinterpretation) berührt wird. Das heißt, dass staatliche Akteure zum einen zur Zusammenarbeit mit anderen staatlichen Akteuren (auf der Länderebene) oder gesellschaftlichen Akteuren (Sozialverwaltungen, d. h. Krankenkassen) verpflichtet sind, außer sie können die Verfassungswirklichkeit qua neuer Gesetzenormen verschieben. Zum anderen sind bei gesundheitspolitischen Entscheidungen externe Effekte auf andere Politikfelder und die Sicherstellung des schlichten politischen Machterhalts einer Regierungskoalition zu berücksichtigen, wodurch manche gesundheitspolitischen Entscheidungen zu einem gegebenen Zeitpunkt unmöglich erscheinen. Nicht nur unterschiedliche Vorstellungen über Gesundheitspolitik prallen aufeinander, sondern auch strategische Selektivitäten und strukturelle Asymmetrien, die sich aus diesen (föderalen und prozessualen) Politikverflechtungsfällen (Scharpf 2000) ergeben, können bestimmte gesundheitspolitische Zielsetzungen zunichtemachen (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 16 ff.).

Der britische Politikwissenschaftler Michael Moran hat diesen komplexen Zusammenhang auf die schöne Formel gebracht: „There is more to health care politics than health care policy.“ (Moran 1999, S. 4).

Wie kann unter Berücksichtigung solcher begrenzenden Handlungsbedingungen staatlich(vermittelt)er Gesundheitspolitik die im § 20 SGB V kodifizierte normative Zielsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung, einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten, gesund-

heitspolitisch umgesetzt werden? Ein erster Schritt ist, sich zu vergewissern, welche staatlichen Steuerungsinstrumente und Governanceformen bei der Umsetzung präventiver und gesundheitsförderlicher Entscheidungen angewandt werden (können).

### 3 Staatliche Steuerungsinstrumente und Governanceformen auf dem Feld von Prävention und Gesundheitsförderung

Der Staat ist also kein einheitlich handelnder Akteur, sondern ein Institutionenensemble in der modernen Organisationsgesellschaft, in denen hauptsächlich Organisationen handeln, die von (individuellen) Vertretern repräsentiert werden (Türk et al. 2006). Es gibt eine Reihe staatlicher Akteure, die im Staat handeln und gesellschaftliche Akteure zu beeinflussen suchen wie sie auch untereinander in Konflikte treten können. Staatliche Akteure sind in der Regel „korporative Akteure“ (Benz 2008), d. h. Behörden, Ministerien oder einfach die Bundesregierung als exekutive Akteure, der Bundestag als legislativer Akteur oder auch einzelne Gerichte, die im Gerichtswesen positioniert sind und als judikative Akteure betrachtet werden können. Sie müssen sich in einem demokratischen Rechtsstaat an das gültige Recht halten, welches der Gesetzgeber (Bundestag) als Kollektivakteur jedoch weiterentwickeln kann.

Als gesellschaftliche Akteure gelten korporativ verfasste Verbände, welche die Eigeninteressen der Mitgliederorganisationen vertreten, oder auch größere privatwirtschaftlich geführte Unternehmen sowie Gewerkschaften und zivilgesellschaftliche Organisationen, wie z. B. Patientenverbände oder Landesvereinigungen für Gesundheit. Aufgrund ihrer besonderen Expertise in ihrem Politikfeld können sie eine bedeutende Rolle bei der Politikformulierung und -umsetzung spielen (soziale Macht). Im Gesundheitswesen, wie in anderen staatsnahen Sektoren, gibt es zudem die Besonderheit korporatistischer Akteure. Das sind hybridförmige Organisationen, die zum einen formal staatsferne Mitgliederorganisationen sind, zum anderen aber im Rahmen der gültigen gesetzlichen Normen quasi-staatliche Aufgaben in ihrem Handlungsbereich erfüllen (sollen). Man spricht hier auch von sich selbst verwaltenden öffentlichen Körperschaften: Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen oder auch verschiedenen Berufskammern (freiberuflicher) Professionen, um nur einige zu nennen. Der Staat (d. h. staatliche Akteure) haben hier vermittels gesetzlicher Maßnahmen manche Regulierungsaufgaben an solche öffentlichen Körperschaften delegiert.

Die staatlich verantwortete Umsetzung gesetzlich beschlossener Maßnahmen ist in einem solchen Fall vom Implementierungswissen korporatistischer Akteure abhängig. Das zeigt sich auch darin, dass z. B. die Sozialverwaltungen, die organisatorisch von den Sozialpartnern getragen werden

**Tab. 1** Institutionelle Formen, interorganisatorische Interaktionsmodi und neun idealtypische Governanceformen „im Schatten des Staates“

	Markt →	Netzwerk	← Staat
Wettbewerb	Neoklassische Märkte	Soziale Wohlfahrtsmärkte	Interne Märkte
Hierarchie	Unternehmen/Konzerne	Korporatismus und Verbandsstrukturen	Bürokratische Verwaltung
Verhandlung	Unternehmensnetzwerke	Gemeinwirtschaft und Zivilgesellschaft	Politiknetzwerke

(z. B. Krankenkassen), im verwaltungsrechtlichen Sinn als mittelbare (und nicht unmittelbare) Staatsverwaltung gelten (Maurer und Waldhoff 2017). Das Verhältnis zwischen staatlichen und gesellschaftlichen Akteuren kann dabei im Hinblick auf Politikformulierungs- und Implementationsprozesse sehr unterschiedlich organisiert sein: über marktliche, staatliche oder netzwerkförmige Institutionensysteme und vermittelt wettbewerblicher, hierarchischer oder verhandlungsförmiger Interaktion in diesen institutionellen Formen selbst (Tab. 1).

Aus der Kombination von institutionellen Formen und akteursbezogenen Interaktionsmodi ergeben sich neun idealtypische Governanceformen. Empirisch lassen sich diese Idealtypen nur als Mischformen auf einzelnen Politikfeldern nachweisen, so z. B. Wettbewerb und Verhandlungen in der parlamentarischen Arena, Wettbewerb und Verhandlung im deutschen Bundesstaat und Verhandlungen im Schatten der Hierarchie in der öffentlichen Verwaltung (Benz 2008, S. 199 ff.).

### 3.1 Governance des deutschen Gesundheitswesens: staatliche Steuerungsinstrumente in einem System der gesellschaftlichen Mehrfachsteuerung

Im deutschen Gesundheitswesen lassen sich sehr unterschiedliche Kombinationen interorganisatorischer Koordinationsformen zwischen staatlichen Akteuren und gesundheitlichen Akteuren identifizieren, d. h. die Governance der jeweiligen Bereiche, ambulante oder stationäre Krankenversorgung beispielsweise, ist sehr unterschiedlich verfasst. Das deutsche Gesundheitswesen ist ein System der gesellschaftlichen Mehrfachsteuerung, in der jedoch – wie oben angedeutet – die staatlichen und marktlichen institutionellen Formen an Bedeutung gewonnen haben (vgl. als Überblick zur Governance des deutschen Gesundheitssystems: Rosenbrock und Gerlinger 2014; Simon 2017). Korporatismus und soziale Wohlfahrtsmärkte sind im Gesundheitswesen zu beobachten, wenn die wettbewerbliche Koordination von (privaten, öffentlichen und freigemeinnützigen) Leistungsanbietern in einem rechtsstaatlichen Rahmen verläuft, dessen Regeln korporatistische Akteure ausgehandelt haben – im Rahmen der Gesetze. Dies gilt vor allem für die vertragsärztliche Versorgung, aber auch zunehmend für die stationäre Krankenversorgung im deutschen

Gesundheitswesen (Rosenbrock und Gerlinger 2014; Simon 2017).

Die Governancestrukturen von Prävention und Gesundheitsförderung lassen sich in Anlehnung an ein gesundheitssystemisches Typologisierungsmodell von Rothgang (2006) als eine spezifische Konfiguration interorganisatorischer Governanceformen auf den Feldern der Finanzierung, Versorgung und Regulierung von Prävention und Gesundheitsförderung darstellen. Es gilt in Ergänzung dieses Modells jedoch erneut zu erinnern, dass die Finanzierung, Versorgung und Regulierung von Prävention und Gesundheitsförderung insofern stets im „Schatten des Staates“ (Fritz W. Scharpf) stattfindet, als die Governance in einem demokratischen und sozialen Rechtsstaat stets auf Recht und Gesetz gegründet und darüber legitimiert ist. Staatliche Akteure sind dabei stets „primus inter pares“ im Governanceprozess, da sie über besondere Steuerungspotenziale verfügen können (Mayntz und Scharpf 1995; Scharpf 2000, S. 319 ff.): die Rechtssetzungskompetenz und das Monopol legitimer physischer Gewaltsamkeit. Staatliche Akteure können – mit anderen Worten – gesellschaftliche Akteure mit verschiedenen Maßnahmen zu beeinflussen versuchen. Neben der direkten Bereitstellung öffentlicher Dienstleistungen durch staatliche Akteure tritt zunehmend – wie zu Beginn des Beitrags beschrieben – diese staatliche Beeinflussung gesellschaftlichen Handelns in den Vordergrund (vgl. zum Folgenden ausführlich: Mosebach und Walter 2006). Staatliche Akteure können über regulative Politik (Ge- und Verbote) private Akteure entweder direkt oder mittels finanzieller Anreiz(system)e indirekt zu beeinflussen versuchen. Sie können auch durch die Strukturierung von Interaktions- und Entscheidungsprozessen gesellschaftliche Akteure dazu veranlassen, „im Schatten des Staates“ und auf delegierte Weise im Rahmen der Gesetze verbindliche Entscheidungen zu treffen (prozedurale Steuerung).

Diese Form der politischen Steuerung reflektiert das eigenständige Steuerungswissen korporatistischer Akteure, von dem bereits oben die Rede war. Das herausragendste Beispiel im deutschen Gesundheitswesens ist zweifellos der „kleine Gesetzgeber“, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), in dem (Vertreter der) Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser über die Gestaltung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entscheiden (Fleischhauer 2014, S. 54 ff.). Es betrifft aber viele andere Sektoren in ähnlicher Weise, auch auf dem Feld der Prävention und Gesundheitsförderung.

### Hintergrundinformation: Prozedurale Steuerung

Im Jahr 2001 initiierte die sozialdemokratische Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (2001–2009) problemorientierte Runde Tische mit mehreren Arbeitsgruppen zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen, auf denen zahlreiche staatliche, korporatistische und zivilgesellschaftliche Akteure unter staatlicher (An-)Leitung zur gemeinsamen Problem- und Lösungsfindung motiviert wurden. In der Politikwissenschaft ist dies auch als „weiche Steuerung“ bekannt. In der AG 5 „Stärkung der Prävention“ tauschten sich erstmals Vertreterinnen und Vertreter aus 38 Verbänden, Institutionen und Körperschaften über ihr (heterogenes) Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung, Konzepte, Strategien und Ziele aus

Bereits ein Jahr später wurde die Arbeitsgruppe zur Verstärkung in das „Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung“ überführt, bei deutlich wachsender Zunahme mit über 60 einbezogenen Mitgliedern. Mit dem Forum wurde eine Plattform zum Austausch und zur Förderung von Synergien auf dem Feld der (Primär-)Prävention und Gesundheitsförderung geschaffen, der auch eine „Wächterfunktion“ auf der Bundesebene zukommen sollte (Aplitz und Winter 2004). Ziele waren u. a. die Entwicklung und Umsetzung breitenwirksamer, ganzheitlicher Präventionskonzepte auf der Basis von definierten Präventions- und Gesundheitszielen und vereinbarten Schwerpunkten, die Entwicklung einer dauerhaften Organisationsstruktur für die Prävention und Gesundheitsförderung, die Erarbeitung von Konzepten zur Bündelung und Vernetzung der verschiedenen präventiven Aktivitäten und Strategien auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie zur Erhöhung der Transparenz die Schaffung von Voraussetzungen für eine webbasierte Kommunikations- und Informationsplattform für Anbieter und Nutzer.

In ihrer Eröffnungsrede 2002 machte die Gesundheitsministerin deutlich: „Prävention und Gesundheitsförderung sind nachhaltig und langfristig zu bearbeitende Themen. Sie dürfen nicht nur im Rahmen von Legislaturperioden gesehen werden.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2007, S. 4).

### 3.2 Governance von Prävention und Gesundheitsförderung: Vollzugsdefizite und Neujustierungen durch das Präventionsgesetz

Wie gestaltet sich nun die Governance von (Primär-)Prävention und Gesundheitsförderung im deutschen Gesundheitswesen? Die Finanzierung von (primär-)präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen verteilt sich auf staatliche, korporatistische, privatwirtschaftliche und kommunale Einrichtungen. Die Angebote von (primär-)präventiven und gesundheitsförderlichen Dienst(leistung)en an Einzelne und

Gruppen sowie die Ausgestaltung der Gesundheitsförderung in Settings wird von einer Myriade höchst unterschiedlicher privater, freigemeinnütziger und kommunaler Akteure auf der lokalen Ebene („community“) organisiert (vgl. Walter et al. 2012c, S. 282 ff.; Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 76 ff.). Die Interaktionsmodi zwischen Finanzierungs- und Versorgungsakteuren sind durch die neuartige Koordinations- und Kooperationsstruktur des Präventionsgesetzes neu justiert worden. Das Präventionsgesetz fasst die Regulierungsstrukturen von Primärprävention und Gesundheitsförderung neu und verändert so die Governance (i) der verhaltensbezogenen Prävention, (ii) der betrieblichen Gesundheitsförderung und (iii) der (Primär-)Prävention und Gesundheitsförderung in nicht-betrieblichen Lebenswelten.

Die bisherige Governance dieser drei Bereiche war einerseits dadurch gekennzeichnet, dass es zwischen den Kostenträgern manifeste Streitigkeiten hinsichtlich der Finanzierungszuständigkeit gegeben hat. Die Krankenkassen, die sich nachhaltig auf verhaltensbezogene Präventionsmaßnahmen konzentrierten, lehn(t)en es ab, ihre finanziellen Mittel, die aus den Sozialversicherungsbeiträgen ihrer Mitglieder stammen, für staatliche, d. h. kommunale, z. B. Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, zu verwenden (Hajen 2006; Luetkens 2014). Ebenso wurde z. B. die Prävention und Gesundheitsförderung zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit infolge einer Divergenz zwischen Kostenträger (Krankenkasse) und Nutzer (Pflegekassen) vernachlässigt. Andererseits verfehlte die bisherige Governance des Sektors auch zahlreiche normative Zielsetzungen, was als „gesundheitspolitisches Vollzugsdefizit“ (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 111) kritisiert wurde.

In der allgemeinen Begründung des *Präventionsgesetzes* hat die Bundesregierung einige dieser Defizite zum Ausgangspunkt ihrer Gesetzesinitiative gemacht: sie will (i) die Qualität der Leistungen steigern, (ii) die Zugänglichkeit der Leistungen besonders bei sozial benachteiligten Gruppen verbessern, (iii) die kompetenzrechtliche Zersplitterung der Präventions- und Gesundheitsförderungs politik in einem föderal-korporatistischen Gesundheitssystem durch eine bessere Koordination und Kooperation der betroffenen Trägerorganisationen beheben, (iv) die bisherige Früherkennung in Richtung der Identifizierung von Gesundheitsrisiken effektiver machen und (v) die Verbreitung von betrieblicher Gesundheitsförderung in bislang vernachlässigten klein- und mittelgroßen Unternehmen stärken (Deutscher Bundestag 2015, S. 21 f.).

Im Rahmen ihrer Rechtsetzungskompetenz haben staatliche Akteure (Bundesregierung, Länderregierungen via Bundestag und Bundesrat) die korporatistischen Akteure des Gesundheitswesens (Krankenkassen und andere Sozialversicherungsträger) dazu verpflichtet, sich im Rahmen einer Nationalen Präventionskonferenz auf eine Nationale Präventionsstrategie zu einigen (GKV und MDS 2016). Weil staat-



liche Akteure keine direkten finanziellen Möglichkeiten sehen, ihrerseits Primärprävention und Gesundheitsförderung zu fördern, werden vor allem die Krankenkassen (aber durchaus auch andere Sozialversicherungsträger), die bereits vor dem Präventionsgesetz den größten Anteil an den gesamten Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung trugen (Walter et al. 2012c, S. 273), per gesetzlichem Auftrag hierzu verpflichtet. So sollen nicht nur die Ausgaben für primärpräventive und gesundheitsförderliche Leistungen insgesamt auf 7,00 Euro pro GKV-Versichertem steigen. Die Ausgaben pro Versichertem bei Interventionen in der betrieblichen Gesundheitsförderung und in nicht-betrieblichen Lebenswelten sollen jeweils mindestens 2 Euro pro Versichertem betragen. Dies hätte eine Verdopplung der bislang in die Bereiche geflossenen GKV-Mittel zur Folge.

Darüber hinaus wird die Prävention und Gesundheitsförderung in den anderen gesetzlichen Sozialversicherungen (Unfall-, Renten-, Pflegeversicherung) gestärkt (Geene und Reese 2016, S. 243 ff.; Deutscher Bundestag 2015). Mit anderen Worten, der Gesetzgeber (Gesetz = Ausdruck eines politischen Konsenses aus [selektierten] staatlichen und gesellschaftlichen Akteuren) agiert hier vermittelt regulatorischer Politik und prozeduraler Steuerung, um die – auch finanzielle – Stärkung von (Primär-)Prävention und Gesundheitsförderung im deutschen Gesundheitswesen zu erreichen.

### 3.3 (Primär-)Prävention und Gesundheitsförderung nach dem Präventionsgesetz: Konturen eines staatlich-korporatistisch regulierten sozialen Wohlfahrtsmarktes

Die Governance von (Primär-)Prävention und Gesundheitsförderung lässt sich nunmehr als eine Kombination aus staatlicher Rahmensetzung (regulative Politik, prozedurale Steuerung und Qualitätsevaluation), korporatistisch-verbandsförmiger Implementation und marktförmiger Dienstleistungserstellung charakterisieren, die der Governanceform eines sozialen Wohlfahrtsmarktes entspricht. Trotz der staatlichen Rahmensetzung und der korporatistischen Regelungsstruktur des Präventionsgesetzes dominiert der wettbewerbliche Interaktionsmodus die Beziehungen zwischen Finanz- und Versorgungsakteuren. Entscheidend ist, dass die korporatistische Regelungsstruktur auf der horizontalen Gleichberechtigung sowohl der Träger der Nationalen Präventionskonferenz als auch der Mitglieder der Präventionsforums, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG), beruht (Siehe Tab. 1).

#### Hintergrundinformation: BVPG

Die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) wurde im Jahr 1954 als Bundesausschuss

für gesundheitliche Volksbelehrung gegründet. Zunächst ausgehend von einem biomedizinischen und auf die (Eigen-) Kontrolle des Individuums zielenden Interventionskonzepts bewegte sich der von zahlreichen nicht-staatlichen, nach heutigem üblichen Sprachgebrauch: zivilgesellschaftlichen, Akteuren getragene Bundesausschuss mehr in Richtung Gesundheitserziehung durch Aufklärung. Konsequenterweise wurde der Bundesausschuss dann in Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung umbenannt. Seine aktuelle Bezeichnung erfolgte im Jahr 2009 aus dem Verschmelzen seines seit 1992 angelegten Namens Bundesvereinigung für Prävention mit dem Deutschen Forum für Prävention und Gesundheitsförderung, einem von der SPD-Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (2001–2009) im Jahr 2002 initiierten Runden Tisch. Auch in der Bezeichnungsgeschichte der BVPG zeigt sich somit zum einen das markante Gesicht unterschiedlicher Epochen von Gesundheitspolitik. Zum anderen spiegelt sich mit der Aufgabe des Begriffs Gesundheitsziehung sowie der Zusammenbindung von Prävention und Gesundheitsförderung die Entwicklung dieses Feldes wider (Kühn-Mängel 2014).

Mittlerweile gilt die BVPG als wichtigste Netzwerk-Transparenz-Stelle auf dem Feld der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland, indem sie Konferenzen, Diskussionsveranstaltungen und Tagungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur veranstaltet, sondern auch öffentlich bekannt gibt („Kooperation und Vernetzung“). Als politisch und konfessionell unabhängiger gemeinnütziger Verband ist sie „die“ Lobbyorganisation für Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung auf der Bundesebene. 133 Organisationen sind zurzeit Mitglied der BVPG, darunter vor allem Bundesverbände des Gesundheitswesens (wie z. B. die Bundesärztekammer, die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie Verbände der Heil- und Hilfsberufe), aber auch Bildungseinrichtungen, Akademien sowie Fachgesellschaften, die einen Arbeitsschwerpunkt im Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ aufweisen.

Finanziert wird die BVPG durch programmatische Mittel des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sowie projektgebundene Mittel aus privaten und Mitgliedsbeiträgen. Dies zeigt sich auch im besonderen Tätigkeitsbereich der BVPG, der Beratung von Ministerien und Gremien auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung, so z. B. in der die Gesetzliche Krankenversicherung beratenden Kommission zur Umsetzung des § 20 SGB V und in der Arbeitsgruppe (AG C.1) des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zur Nationalen Demografiestrategie. Besondere Aufwertung hat die BVPG im Rahmen des jüngsten Präventionsgesetzes erhalten. Der BVPG obliegt die jährliche Durchführung des Nationalen Präventionsforums, welches die Nationale Präventionskonferenz in ihren Aufgaben über die Entsendung eines Repräsentanten berät (BVPG 2018).

Trotz der – unvermeidlichen – staatlichen Rahmensetzung (Rechtsstaat!) entspricht die Regelungsstruktur der Nationalen Präventionskonferenz, aber auch des Präventionsforums daher der institutionellen Koordinierungsform eines Netzwerks. Dabei soll die Bereitstellung von (primär-)präventiven und gesundheitsförderlichen Leistungen sich an den auf der Bundesebene seit den 2000er-Jahren herausgearbeiteten nationalen Gesundheitszielen orientieren, aber auch regionale Besonderheiten und kommunale Bedarfe berücksichtigen (vgl. Böhm 2017; Mosebach et al. 2018). Aufgrund der föderalen Verfassung und gesundheitlichen Initiativkompetenz der Länder ist die Finanzierungsstruktur allerdings weiterhin gespalten zwischen steuerrechtlich kodifizierten kommunalen Finanzmitteln und bundesrechtlich verfassten Sozialversicherungen, die jetzt aber einer bundesweit einheitlichen normativen Rahmenordnung, der Bundesrahmenempfehlung, unterworfen sind (NPK-BRE 2016).

### Ende der Hintergrundinformation

Hinsichtlich der Versorgungsstruktur lassen sich entlang der begrifflichen Differenzierung von (primär-)präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Präventionsgesetz (§§ 20a–c SGB V) drei Segmente eines sozialen Wohlfahrtsmarktes identifizieren, in welchem Klienten mit präventivem und/oder gesundheitsförderlichem Bedarf idealerweise auf sie zugeschnittene Dienstleistungsangebote von privat(wirtschaftlichen) Anbietern von Präventionsleistungen nachfragen können, die aber durch einen Third-Party-Payer (Krankenkasse) finanziert werden.

*Erstes Marktsegment* ist folglich die verhaltensbezogene Primärprävention, in welchem Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen individuelle Maßnahmen zur Vermeidung und frühzeitigen Erkennung eines Erkrankungsrisikos angeboten werden. Die Anbieter von Leistungen sind private Unternehmen, freiberufliche Gesundheitsberufe und freigemeinnützige Marktakteure, während die Nachfrager gesundheitlich interessierte Erwachsene, Kinder und Jugendliche sind. Haus- bzw. Kinderärzte und Betriebsärzte können Empfehlungen geben, welche die Krankenkassen bei der Bewilligung von Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention berücksichtigen sollen. Die Leistungen selbst werden zum Teil von der Krankenkasse und zum Teil aus kommunalen Mitteln, aber auch privat von den Klienten selbst und durch Arbeitgeber finanziert.

Das *zweite Marktsegment*, welches per Gesetz eine finanzielle Dynamisierung erhalten hat, ist die betriebliche Gesundheitsförderung. Im Gegensatz zur verhaltensbezogenen Prävention handelt es sich hierbei um Interventionen der (Primär-)Prävention und Gesundheitsförderung in einem Setting (Rosenbrock und Hartung 2011; Faller 2017). Anbieter – und auch oftmals Third-Party-Payer – von solchen Leistungen sind in der Regel die Krankenkassen, Berufsgenossen-

schaften und andere Träger der Unfallversicherung, die aber auch mit einzelnen privaten Leistungsanbietern kooperieren können. Betriebliche Gesundheitsförderung ist dabei eng mit dem institutionalisierten Arbeitsschutz verbunden (Lenhardt und Rosenbrock 2014; Bothe et al. 2018). Nachfrager sind Unternehmen, Personalvertretungen und Geschäftsleitungen, wobei die Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung optimalerweise im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements umgesetzt werden (Badura et al. 2010). Zur stärkeren Nutzung der betrieblichen Gesundheitsförderung durch klein- und mittelgroße Unternehmen (KMUs) sollen Krankenkassen gemeinsam mit Unternehmensorganisationen regionale Koordinierungsstellen einrichten (<http://www.bgf-koordinierungsstelle.de>, [Zugriff: 14.02.2019]). Im Hinblick auf die Finanzierung von Leistungen des ersten und zweiten Marktsegmentes durch Krankenkassen unterliegen diese Angebote einem einheitlichen Zertifizierungsprozess (Zentrale Prüfstelle Prävention beim GKV-Spitzenverband), der die Qualität der Maßnahmen absichern soll.

Das *dritte Marktsegment* umfasst das weite Feld der (Primär-)Prävention und Gesundheitsförderung in nicht-betrieblichen Lebenswelten (z. B. Schulen, Kindergärten, Kommunen, Pflege- und Altenheime). Primärpräventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen in nicht-betrieblichen Lebenswelten wurden von den Krankenkassen bislang hauptsächlich in schulartigen Einrichtungen ausgeführt (weit über 75 % der bereitgestellten Projektmittel; GKV-Spitzenverband 2017, S. 38; eigene Berechnung). Das dritte Marktsegment war bislang von den Krankenkassen im Rahmen ihres Präventionsauftrages kaum im strategischen Fokus und ist ebenfalls finanziell aufgewertet worden, so dass die Krankenkassen neben anderen Sozialversicherungsträgern (Kinder- und Jugendhilfe) sowie staatlichen (Kommunen, Länder, Bund) und frei-gemeinnützigen Finanzierungsträgern (Kirchen, Wohlfahrtsverbände) hier in Zukunft zu einer wichtigen Finanzierungssäule werden. Neben der bislang unzureichenden Finanzierung ist das gesundheitspolitische Schlüsselproblem in diesem Segment die mangelhafte Erreichbarkeit von Personengruppen (Zielgruppenstrategie), die „den größten Nutzen von den Leistungen zur Prävention hätten“ (Deutscher Bundestag 2015, S. 21).

Die Anbieter (primär-)präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen in nicht-betrieblichen Lebenswelten ist kaum überschaubar; in der Regel ist es jedoch eine Mischung aus öffentlichen, freigemeinnützigen, privatwirtschaftlichen und privaten Anbietern (siehe die zielgruppen- und krankheitsbezogenen Beiträge in diesem Band). Die Nachfrager solcher auf das nicht-betriebliche Setting zielender Maßnahmen sind in der Regel keine Individuen, sondern engagierte Gesundheitsaktivisten in Behörden, Kommunen, Schulen, Kindergärten und zivilgesellschaftlichen Organisationen oder auch Bildungseinrichtungen. Das heißt, die Nachfrage nach diesen Dienstleistungen hängt von der Initiative von Gesund-

heitsadvokaten in diesen Organisationen bzw. Lebenswelten ab, sofern nicht die Sozialversicherungen selbst aktiv auf diese zugehen. Finanzielle Mittel fließen hier nicht nur von den Krankenkassen im Rahmen des Präventionsgesetzes, sondern auch über zahlreiche Projekte auf kommunaler, landesweiter und auch bundesweiter Ebene aus allgemeinen Steuergeldern und in so unterschiedlichen Bereichen wie Arbeitswelt, Gemeinde, Kommune und Umweltschutz (Walter et al. 2012, S. 12 ff.; Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 95 ff.). Hier werden in Zukunft wohl die größten Umsetzungs- und Koordinierungsprobleme virulent bleiben, denn an dieser Stelle zeigt sich erneut ein konflikträchtiges Abstimmen unterschiedlicher Finanzierungsverantwortlichkeiten zwischen Sozialversicherungsträgern und staatlichen Gebietskörperschaften.

Da die *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BZgA) auf dem Feld der nicht-betrieblichen Gesundheitsförderung und für die Zielgruppe der Kinder, Jugendlichen und älteren nicht erwerbstätigen Personen eine Spezialisierung ausgebildet hat und mit der Qualitätsentwicklung, den Frühen Hilfen, dem Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit etc. eine besondere Expertise in diesen Feldern und in der Koordination bundesweiter komplexer Interventionen aufweist, soll sie die Krankenkassen bei den primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Modellprojekten für diese besondere(n) Zielgruppe(n) mit der Einrichtung einer *Geschäftsstelle der Nationalen Präventionskonferenz* unterstützen. Allerdings birgt diese Konstellation als Beauftragte der Sozialversicherungen eine besondere Brisanz, wenn die Beteiligten nicht im Sinne eines gemeinsam getragenen Zieles die Förderung und Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung anvisieren und das *Präventionsgesetz* als Chance dazu verstehen.

Die „staatliche Qualitätskontrolle“ und „Querfinanzierung“ staatlich durchgeführter Evaluationen und Projekte in diesem dritten Marktsegment aus dem Sozialversicherungseinnahmen lehnen die Krankenkassen ab und haben auch eine Anfechtungsklage vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingereicht (Mihm 2017; Fricke 2017). Erste Zahlen zeigen daher nicht überraschend, dass im Jahr 2016 die finanzielle Normierung primärer Prävention in nicht-betrieblichen Lebenswelten von den Krankenkassen mit Ausgaben von 1,63 Euro pro Versichertem (gesetzliche Norm: 2,00 Euro pro Versichertem) nicht erreicht wurde (Deutscher Bundestag 2017, S. 3).

### **Hintergrundinformation: BZgA**

Am 20. Juli 1967 wurde die *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BZgA) in Köln gegründet. Die BZgA ist eine nachgeordnete Behörde des Bundesministerium für Gesundheit und nimmt als Bundeseinrichtung Aufgaben in der Forschung und Entwicklung ein. Eine zentrale Aufgabe der BZgA ist die Prävention von Gesundheitsrisiken in der

Bevölkerung bzw. in Teilpopulationen sowie die Unterstützung gesundheitsfördernder Lebensweisen. Lag der Schwerpunkt anfangs auf der Gesundheitserziehung insbesondere in den Bereichen Ernährung und Sucht, kamen im Laufe der Jahrzehnte weitere Aufgaben hinzu. Hierzu zählen die Prävention von Infektionskrankheiten, insbesondere HIV, Aids und andere sexuell übertragbare Krankheiten, die Suchtprävention (besonders Tabak und Alkohol), die Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit, aber auch Gesundheit im Alter.

Eine Neuausrichtung der Strategien der gesundheitlichen Aufklärung verlangten die Jahre 1985 und 1986. Diese sind zum einen mit der Bedrohung durch die AIDS-Pandemie verbunden, zum anderen mit der impulsgebenden Ottawa-Charta der WHO. Diese stellt nicht mehr den Experten in den Mittelpunkt des Handelns, sondern zielt vielmehr auf die Förderung der objektiven und subjektiven Möglichkeiten der Selbststeuerung des Menschen (Lehmann 2015). Die BZgA griff diesen Paradigmenwechsel zeitnah mit der Entwicklung des Lebensweisenkonzeptes auf.

Die AIDS-Aufklärung, die erste langjährige und umfassende Kampagne mit aktiver Beteiligung wichtiger zivilgesellschaftlicher Akteure, führte zu einer nicht so gravierenden Entwicklung der HIV-Infektionen und AIDS in Deutschland und trug wesentlich für ihren internationalen Erfolg bei. Grundlage bildete die – damals politisch heftig umstrittene – Entscheidung für eine soziale Lernstrategie, die an das eigenverantwortliche Handeln der Bevölkerung appellierte (anstelle einer gesundheitspolizeilichen Ordnungsstrategie nach dem Seuchenrecht). Diese Strategie, die nicht in die Freiheitsrechte und in die Intimsphäre der Menschen eingreift, wirkte sich auch positiv auf die Akzeptanz von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland aus.

Zu den gesetzlichen Aufgaben gehören auch die Sexualaufklärung und Familienplanung, Aufklärung bezüglich Organ- und Gewebespende sowie die Aufklärung über die Blut- und Plasmaspende. Die BZgA verfügt über vielfältige Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit vielfältigen Einrichtungen auf der Bundes-, Landes- und kommunalen Ebene. Diese ermöglichten ihr in federführender Trägerschaft den bundesweiten „Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit“ mit aufzubauen und zu begleiten, ebenso wie das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ – beides intersektorale Verbünde mit Pioniercharakter. Die BZgA ist zudem seit über 20 Jahren in der Qualitätsentwicklung für Prävention und Gesundheitsförderung aktiv. Die Einrichtung und Pflege von Fachdatenbanken in all diesen Bereichen unterstützen diesen Prozess (Walter et al. 2015).

Weithin bekannt ist die BZgA für die von ihr entwickelten und auf den Mehr-Ebenen-Ansatz basierenden Aufklärungsstrategien. Wesentlich für ihre Effektivität sind die Verbindung massen- und personalkommunikativer Maßnahmen sowie eine zielgruppengerechte Ansprache der Menschen in

den Lebenswelten. Hierzu zählen seit längerem auch das Internet und soziale Medien. Themenspezifische Internetportale und Materialien informieren die Bevölkerung und unterstützen Multiplikatoren (BZgA 2018a).

## Ende der Hintergrundinformation

### 4 Zukunftsfähige Gesundheitspolitik: Perspektiven einer partizipatorischen Präventions- und Gesundheitsförderung

Eine abschließende Bewertung der Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung im deutschen Gesundheitssystem ist an dieser Stelle nicht möglich. Das liegt daran, dass zum einen das Feld im Hinblick auf Einrichtungen und Strukturen sehr unübersichtlich ist (Walter et al. 2012, S. 271) und zum anderen eine unabhängige Clearingstelle zur Evaluation von Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten der zahlreichen Projektträger und -finanzierer nicht existiert (siehe aber: Walter et al. 2015; BZgA 2018b). Die Nachhaltigkeit der Effekte von solchen, zumeist zeitlich begrenzten Projekten wird darüber hinaus kritisch gesehen (Walter et al. 2012a).

Ein Blick auf die finanzielle Bedeutung von Primärprävention und Gesundheitsförderung bei den Ausgaben der GKV und des deutschen Gesundheitssystems ist zudem ernüchternd. Der entsprechende Ausgabenanteil an der GKV beträgt mit 474 Mio. Euro im Jahr 2016 gerade einmal 0,2 % (eigene Berechnung) aller Leistungsausgaben der GKV (GKV und MDS 2017, S. 34; Statistisches Bundesamt 2018). Die (scheinbare) Diskrepanz zum vom Statistischen Bundesamt (2018) ausgewiesenen Betrag von 5,8 Mrd. Euro an GKV-Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung (2,9 %) im Jahr 2016 erklärt sich daraus, dass zum einen unter den Kategorien „Allgemeiner Gesundheitsschutz“ (1,5 Mrd. Euro bzw. 0,7 %) und „Früherkennung von Krankheiten“ (1,7 Mrd. Euro bzw. 0,8 %) im Gros keine primärpräventiven (mit Ausnahme von präventivmedizinischen Impfleistungen) oder gesundheitsförderlichen Leistungen i.e.S. subsumiert werden.

Die Kategorie der GKV finanzierten „Gesundheitsförderung“ (inkl. Primärprävention) in der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes umfasst mit 2,2 Mrd. Euro (1,1 %) zwar fast den sechsfachen Betrag der (alleinigen) Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung nach den §§ 20–24 SGB V. Zusätzlich zu diesen sind in dieser Kategorie allerdings vor allem Leistungen zur Mutterschaftsvorsorge, AIDS-Beratung und zahnprophylaktische Leistungen subsumiert (siehe ausführlich: Mosebach 2017). Selbst im günstigsten Fall entsprechen die Ausgaben für Primärprävention und Gesundheitsförderung dem Statistischen Bundesamt (2018) zufolge also lediglich 1,1 % (2,2 Mrd. Euro) aller Leistungsausgaben der GKV und

1,3 % aller Gesundheitsausgaben im deutschen Gesundheitswesen (4,6 Mrd. Euro, darunter ca. 1 Mrd. Euro durch Arbeitgeber finanziert).

Doch das Fazit kann noch kritischer ausfallen, denn die Leistungen in Lebenswelten, die den Kern der §§ 20–24 SGB V ausmachen und einen wesentlichen Beitrag zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit leisten sollen, machen mit 116 Mio. Euro („Gesundheitsförderung in Lebenswelten“) und 147 Mio. Euro („Betriebliche Gesundheitsförderung“) im Jahr 2016 – ein Jahr nach dem Präventionsgesetz – sogar nur 0,1 % aller Leistungen der GKV aus (eigene Berechnung nach GKV-Spitzenverband 2017, S. 32 f.). Die öffentlichen Haushalte haben 800 Mio. Euro für Gesundheitsförderung aufgewandt, was 4,8 % ihrer Gesundheitsausgaben (Statistisches Bundesamt 2018), aber gerade mal 0,06 % der Ausgaben aller staatlichen Haushalte (1.326 Mrd. Euro) im Jahr 2016 entsprach (Statistisches Bundesamt 2017, S. 9, Tab. 1.1). Ist das Präventionsgesetz also lediglich Symbolpolitik, ohne bedeutsame Wirkungen auf die gesundheitliche Ungleichheit?

Keineswegs. Es sollte klar geworden sein, dass primärpräventive und gesundheitsförderliche Interventionen durch die neuartige Kooperations- und Koordinationsarchitektur deutlich aufgewertet werden, aber keiner sollte erwarten, dass die hiermit verfolgte Strategie expliziter Gesundheitspolitik allein die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit abbauen könnte. Neben der expliziten Förderung und dem weiteren finanziellen Ausbau primärpräventiver und gesundheitsförderlicher Strukturen vor Ort bedarf es stets auch der Stärkung impliziter Gesundheitspolitik (zur kategorialen Unterscheidung: Rosenbrock 1998, S. 5 ff.).

Trotz der Stärkung des Gedankens von Primärprävention und Gesundheitsförderung durch das Präventionsgesetz ist also noch viel zu tun. Entscheidend ist dabei einerseits, in der konkreten Umsetzung des Präventionsgesetzes im Setting und lokal vor Ort, sowohl die traditionelle „Komm-Orientierung“ (Walter et al. 2012b, S. 213 f.) als auch die „Ökonomisierung“ bei marktanalogen Angeboten (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 112) auf allen drei primärpräventiven Handlungsfeldern aufzubrechen. Andererseits ist es wichtig, den Gedanken von *Prävention und Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe* in allen staatlichen Ministerien und Ressorts stark zu machen (Stahl et al. 2006; Gerlinger 2018), dabei allerdings zu vermeiden, dass (vermeintlich wirksames) gesundes Individualverhalten zur sozialen Pflicht erhoben wird (Kühn 1993; Petersen und Lupton 1996). Diese Herausforderungen werden allerdings nicht bewältigt werden können, wenn die strukturellen Machtasymmetrien im Gesundheitswesen und strategischen Selektivitäten einer wettbewerbsbasierten Kostendämpfungspolitik (Gerlinger und Mosebach 2009) bestehen bleiben.

Strukturelle Machtasymmetrien zwischen Ärzten und (sozial benachteiligten) Patienten müssen ebenso beseitigt



werden wie solche zwischen Krankenkassen und Advokaten für sozial inklusive Primärprävention und Gesundheitsförderung (Kalvelage 2014; Kickbusch und Hartung 2014). Dies bedeutet zum einen, die Entscheidungen für und die Umsetzung von primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen konsequent zu demokratisieren und das Pendel wieder zurück zu den Nutzern des Gesundheitswesens schwingen zu lassen. Eine *partizipatorische Gesundheitsförderung*, die offen und kritisch der Dominanz der individualisierten Primärprävention die Stirn bietet, ist hierfür ohne Alternative (Kolip et al. 2013; Wright 2013). Zum anderen gilt es aber auch, jene strategischen Selektivitäten der staatlich vermittelten Gesundheitspolitik zum Verschwinden zu bringen, die dieser partizipatorischen Offensive im Weg stehen. Hierzu zählt die fiskalpolitische Dominanz (angeblich) zu hoher Lohnnebenkosten (Reiners 2011) ebenso wie die zunehmende Individualisierung von Risiken und marktformige Bereitstellung von Leistungen, die allesamt die individuelle Verhaltensprävention befördern und die Idee der gemeinschaftlichen Verpflichtung gesunder Arbeits-, Lebens- und Wohnverhältnisse marginalisieren (vgl. Bittlingmayer et al. 2009; Rosenbrock und Gerlinger 2012, S. 1048, 2014, S. 111 ff.).

Die Grunderkenntnis der sozialepidemiologischen Forschung schließlich, dass explizite Gesundheitspolitik durch *implizite Gesundheitspolitik* ergänzt werden muss, sollte beachtet werden. Gesundheit zu erhalten sowie Krankheit und frühen Tod zu vermeiden, ist ohne Politik und kollektiv-solidarisches Handeln zum Zweck der Belastungssenkung und Ressourcenstärkung nicht möglich (Rosenbrock und Gerlinger 2014). Das Leitmotiv politischen Handelns sollte dabei die Erkenntnis sein, dass politisch, ökonomisch und sozial gleiche Gesellschaften für alle besser sind (OECD und Ford Foundation 2014; Pickett und Wilkinson 2016). Es geht dabei nicht darum, im totalitären Sinne Individualität auszulöschen. Im Gegenteil: Individualität ist nur unter Gleichberechtigten möglich. Einkommens- und Vermögensunterschiede sollten also nicht so gewaltig sein, dass in „Zonen der Prekarisierung“ (Castel 2005), des „sozialen Ausschlusses“ (Bude und Willisich 2008) und in „Formen elementarer Armut“ (Paugam 2008) völlig unterschiedliche Lebenserfahrungen gemacht werden, die den Menschen entwürdigen, seine soziale Teilhabe verunmöglichen, die Entwicklung seiner individuellen Persönlichkeit verhindern und die demokratische Gesellschaft zerstören (Fromm 2015, S. 107).

## Literatur

- Alber J (1992) Deutschland. In: Alber J, Bernardi-Schenkluhn B (Hrsg) Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien. Campus, Frankfurt am Main/New York, S 31–176
- Apitz R, Winter SF (2004) Potenziale und Ansätze der Prävention. Aktuelle Entwicklungen in Deutschland. *Internist* 45:139–147
- Badura B, Walter U, Hehlmann T (Hrsg) (2010) Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Springer, Berlin/Heidelberg
- Beck U (1986) Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Beck U, Giddens A, Lash S (1994) Reflexive Moderne. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Benz A (2008) Der moderne Staat. Grundlagen der politologischen Analyse. Oldenbourg, München/Wien
- Bittlingmayer UH, Sahrai D, Schnabel PE (Hrsg) (2009) Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. VS-Verlag, Wiesbaden
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2007) Rechenschaftsbericht des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung (DFPG) 2002–2007. [https://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/rechenschaftsbericht\\_dfpg\\_2007.pdf](https://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/rechenschaftsbericht_dfpg_2007.pdf). Zugegriffen am 18.09.2018
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2017) Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele, Umsetzungsempfehlungen und Ergebnisse. BMG, Berlin
- Böhm K (2017) Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention. Elemente, Potentiale und Hemmnisse einer präventiven und gesundheitsförderlichen kommunalen Gesundheitspolitik. *Z Sozialreform* 63:275–299
- Bothe P, Pförtner TK, Pfaff H (2018) Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. In: Hurrelmann K, Richter M, Klotz T et al (Hrsg) Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Hogrefe, Bern, S 391–403
- Brunnett R (2009) Die Hegemonie symbolischer Gesundheit. Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus. transcript, Bielefeld
- Bude H, Willisich A (Hrsg) (2008) Exklusion. Die Debatte über die „Überflüssigen“. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- BVPG – Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2018) Gemeinsam Gesundheit fördern. Jahresbericht 2017. [https://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/BVPG\\_Jahresbericht\\_2017.pdf](https://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/BVPG_Jahresbericht_2017.pdf). Zugegriffen am 28.08.2018
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018a) Die BZgA. <https://www.bzga.de/die-bzga/>. Zugegriffen am 23.09.2018
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018b) Fachdatenbanken/Marktanalysen. <https://www.bzga.de/forschung/fachdatenbanken-marktanalysen/>. Zugegriffen am 12.09.2018
- Castel R (2005) Die Stärkung des Sozialen. Hamburger Edition, Hamburg
- Crouch C (1998) Social change in Western Europe. Oxford University Press, Oxford
- Deppe HU (1987) Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar: zur Kritik der Gesundheitspolitik. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Deutscher Bundestag (Hrsg) (2015) Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG). Drucksache 18,4282. Deutscher Bundestag, Berlin
- Deutscher Bundestag (Hrsg) (2017) Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der Bundestagsfraktion von Bündnis90/Die Grünen. BT-Drs. 18/13612, Berlin
- Döhler M (1990) Gesundheitspolitik nach der „Wende“. Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland. Edition Sigma, Berlin
- Faller G (2017) Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Hogrefe, Bern
- Fleischhauer K (2014) Die Regulierung der medizinischen Versorgung in Deutschland. Normsetzung und Normen in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung – Eine Einführung. Lit-Verlag, Münster

- Fricke A (2017) GKV-Spitzenverband kritisiert Bundesbehörde. In: *Ärztzeitung*. [https://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/krankenkassen/article/940065/praeventionsarbeit-gkv-spitzenverband-kritisiert-bundesbehoerde.html](https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/940065/praeventionsarbeit-gkv-spitzenverband-kritisiert-bundesbehoerde.html). Zugegriffen am 14.08.2018
- Fromm E (2015 [1976]) *Haben oder Sein. Die seelischen Grundlagen einer neuen Gesellschaft*. dtv, München
- Geene R, Reese M (2016) *Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelung der Gesundheitsförderung*. Mabuse, Frankfurt am Main
- Gerlinger T (2002) Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel. Diskussionspapier P02-204 der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin, Berlin
- Gerlinger T (2009) Ökonomisierung und korporatistische Regulierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Gesundheits Sozialpolitik* 63(3–4):12–17
- Gerlinger T (2018) Baustelle Gesundheitssystem. Aktuelle Herausforderungen in der Gesundheitspolitik. *Polit Zeitgesch* 68(24):25–31
- Gerlinger T, Mosebach K (2009) Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik. In: Böhlke N, Gerlinger T, Mosebach K et al (Hrsg) *Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten*. VSA, Hamburg, S 10–40
- Gerlinger T, Mosebach K, Schmucker R (2008) Mehr Staat, mehr Wettbewerb: Gesundheitsfonds ante portas. *Bl Dtsch Int Polit* 53(10):107–116
- GKV & MDS – GKV-Spitzenverband/Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Hrsg) (2016) *Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2015*. GKV/MDS, Essen/Berlin
- GKV & MDS – GKV-Spitzenverband/Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Hrsg) (2017) *Präventionsbericht 2017. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2016*. GKV/MDS, Essen/Berlin
- Greer S, Wismar M, Figueras J (Hrsg) (2016) *Strengthening health system governance. Better policies, stronger performance*. Open University Press, Maidenhead/New York
- Guillén AM, Pavolini E (Hrsg) (2013) *Health care systems in Europa under austerity. Institutional reform and performance*. Palgrave Macmillan, Houndmills/New York
- Hajen L (2006) Neue Chance für Präventionsgesetz. *Gesundheitswesen* 68:3–10
- Hartmann J (2004) *Das politische System der Bundesrepublik Deutschland im Kontext : eine Einführung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Hay C (2002) *Political analysis. A critical introduction*. Palgrave, Houndmills/New York
- Helou A (2014) Krebsfrüherkennung im Nationalen Krebsplan. *Gesundheitspolitischer Rahmen und gesetzliche Neuregelungen*. *Bundesgesundheitsblatt* 57:288–293
- Hirsch J (1995) *Der nationale Wettbewerbsstaat. Staat, Demokratie und Politik im globalen Kapitalismus*. ID-Archiv, Berlin/Amsterdam
- Hirsch J, Roth R (1986) *Das neue Gesicht des Kapitalismus. Vom Fordismus zum Postfordismus*. VSA, Hamburg
- Illich I (2007) *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*. CH Beck, München
- Jahrbuch Kritische Medizin* (1986) *Schwerpunkte: Psychiatrie, Nikaragua, Pflege, Allgemeinmedizin, Gesundheitsbewegung, AIDS*, Bd 11. Argument, Hamburg
- Jessop B (2002) *The future of the capitalist state*. Polity Press, Cambridge/Malden
- Jessop B (2018) *The state. Past, present, future*. Polity Press, Cambridge/Malden
- Kalvelage B (2014) *Klassenmedizin. Plädoyer für eine soziale Reformation der Heilkunst*. Springer, Berlin/Heidelberg
- Kickbusch I, Hartung S (2014) *Die Gesundheitsgesellschaft. Plädoyer für eine gesundheitsförderliche Politik*. Huber, Bern
- Knieps F, Reiners H (2015) *Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen*. Huber, Bern
- Kolip P, Gerken U, Schaefer I et al (Hrsg) (2013) *Gesundheit fördern in vernetzten Strukturen: Evaluation settingorientierter Gesundheitsförderung*. Beltz Juventa, Weinheim/Basel
- Kühn H (1993) *Healthismus – eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A.* Edition Sigma, Berlin
- Kühn-Mängel H (2014) Rede der Präsidentin der BVPG, Helga Kühn-Mengel MdB, zum 60-jährigen Vereinsjubiläum am 12. Juni 2014 in Berlin. In: BVPG (Hrsg) *60 Jahre Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. – Rückblick und Perspektiven BVPG*, Bonn, S 1–8
- Labisch A, Woelk W (2012) *Geschichte der Gesundheitswissenschaften*. In: Hurrelmann K, Razum O (Hrsg) *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Beltz Juventa, Weinheim/Basel, S 55–98
- Lehmann H (2015) *Nationale Prävention und Gesundheitsförderung. Die Umsetzungsstrategien der BZgA*. In: Walter U, Koch U, unter Mitarbeit Plaumann M (Hrsg) *Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Sonderheft 01. BZgA*, Köln, S 16–29
- Lenhardt U, Rosenbrock R (2014) *Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz*. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. S 333–344
- Lindblom (1959) *The science of „muddling through“*. *Public Adm Rev* 19(2):79–88
- Luetkens C (2014) Die (unendliche?) Geschichte der Präventionsgesetze in Deutschland. *Prävention Z Gesundheitsförderung* 37(4):106–109
- Luhmann N (2002) *Die Politik der Gesellschaft*. Suhrkamp, Berlin
- Lutz B (1989) *Der kurze Traum immerwährender Prosperität: eine Neuinterpretation der industriell-kapitalistischen Entwicklung im Europa des 20. Jahrhunderts*. Campus, Frankfurt am Main/New York
- Majone G (1997) *From the positive to the regulatory state: causes and consequences of changes in the mode of governance*. *J Public Policy* 17(2):139–167
- Manow P, Döhler M (1997) *Strukturbildung von Politikfeldern: das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren*. Leske+Budrich, Opladen
- Maurer H, Waldhoff C (2017) *Allgemeines Verwaltungsrecht*. CH Beck, München
- Mayntz R, Scharpf FW (Hrsg) (1995) *Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung*. Campus, Frankfurt am Main/New York
- Messner D (1995) *Die Netzwerkgesellschaft. Wirtschaftliche Entwicklung und internationale Wettbewerbsfähigkeit als Probleme gesellschaftlicher Steuerung*. Weltforum Verlag, Köln
- Mihm A (2017) *Krankenkassen ärgern sich über Präventionszwang*. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/krankenkassen-aergern-sich-ueber-praeventionszwang-15109171.html>. Zugegriffen am 20.07.2018
- Moran M (1999) *Governing the health care state. A comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany*. University Press, Manchester
- Mosebach K (2013) *Markt + Staat = Effizienz im Gesundheitswesen? Einige kritische Anmerkungen*. *Public Health Forum* 21(4):4–5
- Mosebach K (2017) *Historische Entwicklung und gesundheitspolitische Bedeutung [von Prävention und Gesundheitsförderung]*. <http://politisch-oekonomie-gesundheit.de/institutionenlehre/querschnittsver-sorgung-praevention-und-gesundheitsfoerderung/historische-entwicklung-und-gesundheitspolitische-bedeutung>. Zugegriffen am 20.08.2018

- Mosebach K (2019) Health care commercialization, health economics and the rise of the competitive health care state in Europe. A post-Polanyian critique of competitive-based cost containment policies. BoD, Norderstedt (in Vorbereitung)
- Mosebach K, Walter U (2006) Was vermag der Staat? Möglichkeiten und Grenzen politischer Steuerung in der Prävention und Gesundheitsförderung. *Jahrb Kritische Med* 43:8–24
- Mosebach K, Schwartz FW, Walter U (2018) Gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung nach dem nationalen Präventionsgesetz. In: Hurrelmann K, Richter M, Klotz T et al (Hrsg) Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Hogrefe, Bern, S 451–464
- NPK-BRE – Nationale Präventionskonferenz (2016) Bundesrahmempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V, verabschiedet am 19.02.2016. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention\\_NPK\\_BRE\\_verabschiedet\\_am\\_19022016.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf). Zugegriffen am 20.08.2018
- OECD, Ford Foundation (2014) All on board. Making inclusive growth happen. <https://www.oecd.org/inclusive-growth/all-on-board-making-inclusive-growth-happen.pdf>. Zugegriffen am 18.08.2018
- Paugam S (2008) Die elementaren Formen der Armut. Hamburg Edition, Hamburg
- Petersen A, Lupton D (1996) The new public health. Health and self in the age of risk. Sage, London/Thousands Oaks/New Delhi
- Pickett K, Wilkinson R (2016) Gleichheit: Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Haffmanns & Tolkemitt, Berlin
- Reiners H (2011) Mythen der Gesundheitspolitik. Huber, Bern
- Rosenbrock R (1998) Gesundheitspolitik. Einführung und Überblick. Diskussionspapier P98-203. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/47430/1/258281979.pdf>. Zugegriffen am 12.09.2018
- Rosenbrock R, Gerlinger T (2012) Gesundheitspolitik. In: Hurrelmann K, Razum O (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften. Beltz Juventa, Weinheim/Basel, S 1009–1052
- Rosenbrock R, Gerlinger T (2014) Lehrbuch Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Huber, Bern
- Rosenbrock R, Hartung S (2011) Settingansatz, Lebensweltansatz. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg, S 497–500
- Rothgang H (2006) Die Regulierung von Gesundheitssystemen in vergleichender Perspektive: Auf dem Weg zur Konvergenz? In: Wendt C, Wolf C (Hrsg) Soziologie der Gesundheit. Sonderheft 46/2006 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 298–319
- Rothgang H, Cacace M, Frisina L et al (2010) The state and healthcare. Comparing OECD countries. Palgrave Macmillan, Houndmills/New York
- Scharpf FW (2000) Interaktionsformen. Akteurszentrierter Institutionalismus in der Politikforschung. Leske+Budrich, Opladen
- Schwartz FW, von Troschke J, Walter U (1999) Entwicklung der Forschungslandschaft Public Health in Deutschland. In: DGPH – Deutsche Gesellschaft für Public Health (Hrsg) Public-Health-Forschung in Deutschland. Huber, Bern S 23–32
- Simon M (2017) Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Hogrefe, Bern
- Simonis G (Hrsg) (1998) Deutschland nach der Wende: neue Politikstrukturen. Leske & Budrich, Opladen
- Stahl T, Wismar M, Ollila E et al (Hrsg) (2006) Health in all policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki
- Statistisches Bundesamt (2017) Finanzen und Steuern. Vierteljährliche Kassenergebnisse des Öffentlichen Gesamthaushalts. 1.–4. Vierteljahr 2016. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/FinanzenSteuern/OeffentlicheHaushalte/AusgabenEinnahmen/KassenergebnisOeffentlicherHaushalt2140200163244.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/FinanzenSteuern/OeffentlicheHaushalte/AusgabenEinnahmen/KassenergebnisOeffentlicherHaushalt2140200163244.pdf?__blob=publicationFile). Zugegriffen am 12.08.2018
- Statistisches Bundesamt (2018) Gesundheitsausgaben: Deutschland, Jahre, Ausgabenträger, Leistungsarten, Einrichtungen. GENESIS-Online Datenbank, Code 23611-0004. [https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=197893D516EC1952B330ABC05F7BAAC5.GO\\_1\\_4?operation=previous&levelindex=1&levelid=1538904103290&levelid=1538904093738&step=0](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=197893D516EC1952B330ABC05F7BAAC5.GO_1_4?operation=previous&levelindex=1&levelid=1538904103290&levelid=1538904093738&step=0). Zugegriffen am 17.06.2018
- Stöckel S, Walter U (Hrsg) (2002) Prävention im 20. Jahrhundert: historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Juventa, Weinheim/München
- Streeck W (1999) Korporatismus in Deutschland: zwischen Nationalstaat und Europäischer Union. Campus, Frankfurt am Main/New York
- Tennstedt F (1977) Soziale Selbstverwaltung. Teil: Bd. 2., Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Verlag der Ortskrankenkassen, Bonn
- Therborn G (2000) Die Gesellschaften Europas 1945–2000. Ein soziologischer Vergleich. Campus, Frankfurt am Main/New York
- Türk K, Lemke T, Bruch M (2006) Organisation in der modernen Gesellschaft: eine historische Einführung. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Walter U, Plaumann M (2017) Forschung zur Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. [https://www.leitbegriffe.bzga.de/bot\\_angebote\\_idx-187.html](https://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-187.html). Zugegriffen am 18.09.2018
- Walter U, Gold C, Hoffmann W et al (2012a) Memorandum – Forschungsförderung Prävention. *Gesundheitswesen* 74:526–532
- Walter U, Robra BP, Schwartz FW (2012b) Prävention. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J et al (Hrsg) Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Fischer (Elsevier), München, S 196–223
- Walter U, Schwartz FW, Plaumann M (2012c) Prävention: Institutionen und Strukturen. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J et al (Hrsg) Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Fischer (Elsevier), München, S 271–287
- Walter U, Koch U, unter Mitarbeit Plaumann M (2015) Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. Sonderheft 01. BZgA, Köln
- Walter U, Kula A, Dadaczynski K (2018) Makrosystemische Einflüsse und politische Strategien zur Prävention von Übergewicht. In: Dadaczynski K, Quilling E, Walter U (Hrsg) Übergewichtsprävention im Kindes- und Jugendalter: Grundlagen, Strategien und Interventionskonzepte in Lebenswelten. Hogrefe, Bern, S 109–124
- Weber M (1984) Max Weber: ein Lebensbild. Mohr Siebeck, Tübingen
- WHO-World Health Organization (2008) Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health-Final Report, WHO, Geneva
- Wright MT (Hrsg) (2013) Prävention und Gesundheitsförderung 8(3). Schwerpunkt: Partizipative Gesundheitsforschung