

FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

# PRÄVENTION IM FOKUS UNTERSCHIEDLICHER PERSPEKTIVEN

Werkstattgespräche der BZgA  
mit Hochschulen

**BAND 37**



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

**BZgA**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden z.B. Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der BZgA. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.

**FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG**  
**BAND 37**

**PRÄVENTION IM FOKUS**  
**UNTERSCHIEDLICHER PERSPEKTIVEN**

**Werkstattgespräche der BZgA mit Hochschulen**

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 37  
Prävention im Fokus unterschiedlicher Perspektiven – Werkstattgespräche der BZgA mit Hochschulen. Köln: BZgA, 2010

Herausgeberin:  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln  
Tel.: 02 21/89 92-0  
Fax: 02 21/89 92-300

Projektleitung: Dr. Guido Nöcker  
E-Mail: [guido.noecker@bzga.de](mailto:guido.noecker@bzga.de)

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen  
Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen  
Druck: Schiffmann, Bergisch Gladbach

Auflage: 1.2.02.10

ISBN 978-3-937707-73-0

Band 37 der Fachheftreihe ist erhältlich unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln, und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60637000

# Vorwort

Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens aller Ressortforschungseinrichtungen des Bundes durch den Wissenschaftsrat wurde auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahr 2007 auf ihre Leistungsfähigkeit als Ressortforschungseinrichtung untersucht. Die daraus resultierenden wissenschaftspolitischen Empfehlungen wurden im Mai 2008 vom Wissenschaftsrat veröffentlicht und empfehlen dem Gesundheitsministerium, die Bundeszentrale zu einem national und international anerkannten wissenschaftlich/praktischen Kompetenzzentrum für Prävention weiterzuentwickeln. Dabei wird insbesondere ein Ausbau der Zusammenarbeit mit dem Hochschulbereich als zwingende Notwendigkeit hervorgehoben.

Bereits in der Vergangenheit waren die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die Medizinische Hochschule Hannover durch langjährige Zusammenarbeit verbunden und so lag es nahe, auf dieser Grundlage einen weitergehenden Schritt zu tun. Mit der neuen Veranstaltungsreihe „Prävention im Dialog“ soll in Zukunft einmal im Jahr ein größerer Kreis von Hochschulen und Wissenschaftlern bzw. Wissenschaftlerinnen mit der Bundeszentrale zu einem spezifischen Thema im Spannungsfeld von Wissenschaft und Praxis zusammengeführt und so die Entwicklungsempfehlung des Wissenschaftsrates unterstützt werden.

Die Ausrichtung dieser Veranstaltung hat die Medizinische Hochschule Hannover gern übernommen, nicht zuletzt, weil diese Auftaktveranstaltung in unmittelbarer zeitlicher Nähe zum 60. Geburtstag der Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung lag. Die Veranstaltung bot daher auch eine gute Gelegenheit, Frau Prof. Dr. Elisabeth Pott unsere Wertschätzung für ihre engagierte Arbeit als Direktorin der Bundeszentrale zum Ausdruck zu bringen.

Köln, November 2009

Prof. Dr. Ulla Walter  
Stiftungslehrstuhl Prävention und Rehabilitation  
in der System- und Versorgungsforschung  
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und  
Gesundheitssystemforschung  
Medizinische Hochschule Hannover



# Steckbrief der Tagung

---

Tagungsthema:	Prävention im Fokus unterschiedlicher Perspektiven. Chance oder Dilemma für die Praxis. Eröffnungsveranstaltung der Reihe „Prävention im Dialog. Werkstattgespräche der BZgA mit Hochschulen“
Ziele:	<ul style="list-style-type: none"><li>– Umsetzung einer Empfehlung des Wissenschaftsrates zur Intensivierung der Zusammenarbeit von BZgA und Hochschulen</li><li>– Verbesserung des Transfers von wissenschaftlichen Erkenntnissen und Theorie in die Praxis der Gesundheitsförderung</li></ul>
Termin:	25. März 2009 10.30 bis 17.00 Uhr
Ort:	Medizinische Hochschule Hannover, Hörsaal H, Gebäude J1
Veranstaltungsorganisation:	Prof. Dr. Ulla Walter Nicole Teichler, Elke Busch Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
Konzeption:	Prof. Dr. Ulla Walter, Dr. Guido Nöcker
Projektleitung in der BZgA:	Dr. Guido Nöcker

---





# Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
<b>1. BEGRÜSSUNG</b>	9
<b>1.1 GRUSSWORTE</b>	10
Erste Ansprache <i>Ulla Walter</i>	10
Zweite Ansprache <i>Friedrich Wilhelm Schwartz</i>	14
Dritte Ansprache <i>Uwe Koch</i>	16
<b>1.2 LAUDATIO: MEHR ALS EIN HALBES LEBEN:     31 JAHRE FÜR DIE PRÄVENTION –     60 JAHRE ELISABETH POTT</b>	19
<i>Rolf Rosenbrock</i>	
<b>2. PERSPEKTIVEN DER KOOPERATION VON BZGA UND HOCHSCHULEN</b>	25
<b>2.1 ÜBERLEGUNGEN ZUR UMSETZUNG DER     EMPFEHLUNGEN DES WISSENSCHAFTSRATES</b>	26
<i>Elisabeth Pott</i>	
<b>3. PRÄVENTION AUS DER PERSPEKTIVE VON ÖKONOMIE UND ETHIK</b>	37
<b>3.1 PRÄVENTION AUS ÖKONOMISCHER PERSPEKTIVE</b>	38
<i>Marc Suhrcke</i>	
<b>3.2 PRÄVENTION AUS ETHISCHER PERSPEKTIVE</b>	53
<i>Georg Marckmann</i>	
<b>4. PRÄVENTION AUS DER PERSPEKTIVE VON LEBENSPHASEN</b>	69
<b>4.1 GESUNDHEIT UND WOHLBEFINDEN     ALS LEBENSLANGER PROZESS</b>	70
<i>Pasqualina Perrig-Chiello</i>	

<b>4.2 KINDERGESUNDHEIT IM BEZIEHUNGSGEFLECHT</b>	84
<i>Sabine Walper</i>	
<b>4.3 ABSCHLUSSWORTE</b>	107
<i>Elisabeth Pott</i>	
<b>5. ANHANG</b>	109
<b>5.1 REFERENTENVERZEICHNIS</b>	110

**BEGRÜSSUNG**

**1**

# 1.1 Grußworte

## Erste Ansprache

*Ulla Walter*

Liebe Frau Professorin Dr. Elisabeth Pott, liebe Referentinnen und Referenten, liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

zu dem heutigen Symposium „Prävention im Fokus unterschiedlicher Perspektiven – Chance oder Dilemma für die Praxis?“ möchte ich Sie ganz herzlich begrüßen.

Es ist die Eröffnungsveranstaltung der Reihe „Prävention im Dialog“, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover erstmals durchführt. Vorgesehen sind jährliche Werkstattgespräche mit der BZgA und Hochschulen.

Das erste Symposium haben wir zugleich zum Anlass genommen, Frau Professorin Dr. Elisabeth Pott zu ihrem 60. Geburtstag zu ehren. Für alle, die es genau wissen möchten: Frau Pott hat sich – nach außen nicht sichtbar – schon einige Wochen in ihrem numerisch neuen Lebensjahrzehnt, hoffe ich, gut eingefunden.

Sie alle kennen Elisabeth Pott aus unterschiedlichen Bezügen in ihrem über 30-jährigen mit der Prävention eng verbundenen Berufsleben in Niedersachsen und als Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Frau Pott übernahm die BZgA als Direktorin 18 Jahre nach deren Gründung 1967 und hat diese in über 20-jähriger Leitung zu ihrer heutigen nationalen und internationalen Bedeutung geführt. Es erscheint mir deshalb angemessen, die Entwicklung der Bundeszentrale in engem Zusammenhang mit dem Wirken von Frau Pott hier nachzuzeichnen.

Eine zentrale Aufgabe der BZgA ist die Prävention von Gesundheitsrisiken in der Bevölkerung bzw. in Teilpopulationen sowie die Unterstützung gesundheitsfördernder Lebensweisen. Mit der Kampagne „Gib AIDS keine Chance“ wurde 1987 die nationale Aids-Aufklärungskampagne – die vielleicht größte und umfassendste und international anerkannte Kampagne zum Schutz der Gesundheit in Deutschland – begonnen und bis heute mit großem Erfolg weiterentwickelt.

Neben der Aidsaufklärung sind weitere Schwerpunkte der Präventions- und Aufklärungsarbeit der BZgA: Suchtvorbeugung, Sexuaufklärung, Familienplanung und Schwan-

gerschaftsverhütung, Kinder- und Jugendgesundheit, Förderung der Organspende, Förderung der Blut- und Plasmaspende, Ernährungsaufklärung und Förderung des Nichtrauchens. Sämtliche Programme basieren auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen; die Gestaltung der Informationsvermittlung, die Erreichbarkeit der Zielgruppe, die Durchführung und Ergebnisse der jeweiligen Programme werden wissenschaftlich evaluiert (Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation).

Zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen wie auch zu deren Gesundheitswissen und -verhalten lagen bis zur KiGGS-Studie nur wenige regelmäßig aktualisierte Daten vor. Seitdem sammelt und analysiert die BZgA in Wahrnehmung ihrer Clearingaufgabe die verfügbaren Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und wertet sie im Hinblick auf einen notwendigen Interventionsbedarf wissenschaftlich aus. Die Ergebnisse und die hieraus entwickelten Grundlagen und Strategien werden in der Reihe „Konzepte“ veröffentlicht, die sich auch an all diejenigen richtet, die sich professionell mit Kindern und Jugendlichen befassen.

Angesicht der unüberschaubaren Vielzahl von Angeboten, Medien und Maßnahmen gehört es zu den vorrangigen Zielen, den Markt transparent zu gestalten und einen bundesweiten Überblick zu schaffen, um eine wissenschaftlich fundierte Grundlage zur Einschätzung der Versorgungssituation sowie eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe zu bieten.

Hervorzuheben ist zudem die wissenschaftliche Aufarbeitung ausgewählter Themengebiete, die Aufbereitung und Verbreitung wissenschaftlicher und praxisrelevanter Studienergebnisse sowie die Veröffentlichung von Inhalten und Schlussfolgerungen von Tagungen und Projekten in neu aufgelegten Reihen. Hierzu zählt die Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“, die von methodischen Themen wie „Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen“ über theoretische Konzepte wie „Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung“, Zusammenfassung des aktuellen epidemiologischen und medizinischen Forschungsstandes wie „Alkohol in der Schwangerschaft“ bis hin zu praxisorientierten Themen wie „Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland – Grundlagen und Konzeption“ reicht. Diese Reihe ist unter dem Titel „Research and Practice of Health Promotion“ auch auf Englisch erhältlich. In der Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Sexuaufklärung und Familienplanung“ werden Studien und Modellprojekte sowie Expertisen veröffentlicht, die von der BZgA in Auftrag gegeben werden und den aktuellen Forschungsstand aufzeigen.

Vornehmliches Ziel dieser und weiterer Fachpublikationen ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis auszubauen und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.

Einer neuen Herausforderung stellt sich die BZgA mit der Einrichtung und Pflege von Fachdatenbanken zum Beispiel zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten,

einer Internetplattform und bundesweiten Projektdatenbank, die Informationen zur Arbeit der regionalen Koordinierungs- und Vernetzungsstellen (Regionale Knoten) und zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung durch gute Praxisbeispiele (Good Practice) liefert.

Auch das Thema „Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung“ wurde von der BZgA frühzeitig aufgegriffen; seine Umsetzung in der Versorgungspraxis wurde durch die Zusammenführung von Beispielen guter Praxis, die Entwicklung von wissenschaftlich gestützten qualitätssichernden Instrumenten, die Entwicklung von Leitlinien sowie die Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die Implementation von Qualitätszirkeln und ihre Evaluation gefördert.

Eine weitere zentrale Aufgabe der BZgA ist die internationale Zusammenarbeit. Die Entwicklung von internationalen Standards in der gesundheitlichen Aufklärung sowie der Austausch von wissenschaftlich basierten Konzepten und Strategien mit kompetenten Partnerinnen und Partnern im Ausland sind ein grundlegendes Anliegen der BZgA. Ziel der internationalen Arbeit ist es, im Austausch mit Partnerinstitutionen und Organisationen einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Aufklärung in Deutschland zu leisten. Beispielhaft seien die Themenfelder Qualitätssicherung, soziale Ungleichheit und Gesundheit sowie Suchtprävention genannt.

Mit dem aktuellen Verbundprojekt „Kooperation für nachhaltige Prävention und Präventionsforschung“, das gemeinsam mit der Medizinischen Hochschule Hannover und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt wird, soll die Prävention und Präventionsforschung in Deutschland gestärkt werden.

Das Kooperationsprojekt soll die Erträge im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunktes Präventionsforschung (2004–2012) breiter bekannt machen, eine vermehrte Nutzung wirkungsvoller Ansätze, Strategien und Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung unterstützen, die Bedingungen für eine nachhaltige Umsetzung in verschiedenen Einrichtungen verbessern sowie helfen, Prävention und Präventionsforschung besser in der Praxis, in Fachgesellschaften und Entscheidungsgremien zu verankern.

Zentral ist dabei die Bildung von Netzwerken bzw. Kooperationen für künftige Forschungsvorhaben. Derartige Netzwerke ermöglichen die Nutzung von Synergieeffekten und unterstützen gemeinsame Entwicklungsprozesse: Die Wissenschaft übernimmt mit anwendungsorientierter und Akteure einbeziehender Forschung mehr Verantwortung für die Anwendung ihrer Ergebnisse, unterstützt aktiv ihre Nutzer und Nutzerinnen. Praxis und Entscheidungsgremien tragen mit der Kenntnis der Abläufe vor Ort dazu bei, praxisbezogenen Forschungsbedarf darzulegen und sich mit der Wissenschaft über Erfolgsfaktoren zur wirksameren Umsetzung von Maßnahmen auszutauschen. Fachgesellschaften erhalten Impulse zum Ausbau ihrer Präventionsforschung und deren transdisziplinären Vernetzung.

Wesentliche Schritte sind zudem die Einrichtung eines Internetportals, systematische Fachveröffentlichungen für verschiedene Zielgruppen, gezielte Information und Ansprache von Schlüsselpersonen in Wissenschaft, Politik und Praxis, zum Beispiel durch gezielte Newsletter und eigene, auch internationale Tagungen sowie durch Erarbeitung von Grundlagenwerken zusammen mit Forscherinnen und Forschern und Praxispartnern, um Präventionsforschung anwendungsbezogen zusammenzufassen. Die BZgA setzt damit ihren in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten begonnenen Weg einer systematischen Optimierung nachhaltiger Prävention in Deutschland fort.

Ich kann das vielfältige Wirken von Frau Pott an dieser Stelle nicht weiter vertiefen. Dieses wird – nach Grußworten von Herrn Prof. Dr. Schwartz und Herrn Prof. Dr. Koch – in einer längeren Laudatio von Herrn Prof. Dr. Rosenbrock erfolgen.

Mit der Eröffnungsveranstaltung „Prävention im Fokus unterschiedlicher Perspektiven – Chance oder Dilemma für die Praxis?“ möchten wir Prävention aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten. Hierzu haben wir mit Herrn Prof. Marc Suhrcke, Herrn Prof. Georg Marckmann, Frau Professorin Pasqualina Perrig-Chiello und Frau Professorin Sabine Walper vier Experten und Expertinnen (davon zwei aus dem Ausland) gewinnen können. Sie werden mitgenommen auf eine Reise, in der Themengebiete betrachtet werden, die nicht im Zentrum der Prävention stehen, diese aber gleichwohl enorm tangieren und die zukünftig vermehrt in der Diskussion um Prävention eine Rolle spielen bzw. verstärkt beachtet werden sollten.

Einige Aspekte werden plakativ in vorzugsweise politischen Diskussionen bemüht. Ich denke an Kosteneinsparungen durch Prävention, den unermüdlichen Ruf nach Eigenverantwortung, Freiheit des Individuums oder – auf der anderen Seite – die Verantwortung des Staates. Wir möchten hier innehalten und mit zwei Beiträgen der ökonomischen und ethischen Perspektive von Prävention in diesem Rahmen vertieft nachgehen.

Am Nachmittag nehmen wir die Prävention aus der Perspektive von Lebensphasen in den Blick. Welche Relevanz hat die Kindergesundheit für das Erwachsenenalter? Welche Konsequenzen ergeben sich für die Prävention, wenn wir von der letzten Phase, vom Alter her, auf das Leben davor schauen? Müssen wir zukünftig nicht noch mehr lebensphasenübergreifend denken? Und: Was bedeuten die Forschungsergebnisse für die Praxis? Stellen sie – und da möchte ich den Untertitel der Tagung aufgreifen – diese vor ein schier unlösbares Dilemma von Anforderungen, nicht zuletzt vor dem Hintergrund eines kleinsegmentierten politischen Kontextes, oder bieten sie vielleicht auch eine neue Chance?

In letzterem Sinne wünsche ich Elisabeth Pott und Ihnen allen ein spannendes und anregendes Symposium, mit vielen und neuen Blickwinkeln auf die Prävention.

## Zweite Ansprache

*Friedrich Wilhelm Schwartz*

Meine Damen und Herren,  
liebe Elisabeth Pott,

als ich unsere zwei Musiker hier eben hörte, musste ich an einen Freund und inspirierenden Ministerialbeamten denken: Herrn Körner. Dieser war Ministerialdirigent in unserem Wissenschaftsministerium, sehr innovativ, und setzte viele Neuerungen an den Hochschulen durch: so auch neben Public Health eine Klasse für Akkordeon an der Musikhochschule. Sie haben gerade gehört, was für ein wunderbares Instrument das Konzertakkordeon ist. Herr Körner hat mir auf meinem Symposium, als ich 60 wurde, seine Begrüßungsworte buchstäblich gesungen. Er brachte dazu einen netten jungen Mann mit – einen Pianisten, wie sich bald herausstellte. Ich habe keinen jungen Mann und ich singe auch nicht, obwohl ich das für Elisabeth Pott sehr gern täte.

Stattdessen habe ich einige sehr theoretische Begrüßungsgedanken mitgebracht, die auf den Sachverständigenrat des BMG für das Gesundheitswesen zurückgehen, in dem ich früher mehrere Jahre lang tätig war. Der Sachverständigenrat hat einmal definiert, was Nachfrage und was subjektiver Bedarf ist: „In der Gesundheitsversorgung kann Nachfrage so definiert werden, dass bei einem Patienten ein subjektiver Wunsch oder Präferenzen für eine bestimmte Behandlung oder Versorgung vorliegen, und die Inanspruchnahme auch tatsächlich von ihm gewünscht oder versucht wird.“ Dieser Wunsch bzw. diese Präferenz wird auch als „subjektiver Bedarf“ bezeichnet. Als ich mir Gedanken zum Lebenswerk von Elisabeth Pott machte, dachte ich: Wie ist das eigentlich mit Bedarf und Nachfrage in der Gesundheitsaufklärung? Da gibt es wenig tatsächlich primär vorhandene Nachfrage. Es gibt auch keine klaren subjektiven Wünsche oder Präferenzen, es gibt auch keine drängende Inanspruchnahme.

Und trotzdem muss erfolgreiche Gesundheitsaufklärung an den Mann und an die Frau gebracht werden. Das ist etwas ganz anderes als im übrigen Bereich der gesundheitlichen Versorgung. Ich denke, das ist eine interessante Schwierigkeit, mit der sich die Gesundheitsaufklärung auseinandersetzen hat. Zumal, wenn sie in einer Zeit begonnen wird, wie es bei Ihnen der Fall war, liebe Frau Pott, wo das dahinter stehende zentrale Thema „Prävention“ noch ein Begriff in der Welt der Fachzirkel war.

Nun kann man dem subjektiven Bedarf einen objektiven Bedarf gegenüberstellen. Das setzt die fachliche Feststellung einer drohenden Krankheit oder Behinderung und das Vorhandensein angemessener Gegenmittel voraus. Hier dachte ich, es gibt eine zweite Schwierigkeit, mit der Sie seit mehr als 30 Jahren kämpfen. Anders als in der Medizin, wo zumindest der Glaube vorherrscht, dass man angemessene Gegenmittel hat, war es



bei der Gesundheitsaufklärung, als Sie damit begonnen haben, klar, dass diese Mittel oft noch nicht existierten. Sie mussten etwas tun – gegen Aids oder Drogen beispielsweise –, aber die Art und Weise, wie und mit welchen Mitteln Sie öffentlich erfolgreich aufklären sowie Wissen und vor allem Verhalten ändern, war noch weitgehend ungeklärt. Diese Mittel mussten Sie selbst entwickeln, und Sie müssen es immer wieder – eine zweite, herausragende Schwierigkeit von öffentlicher Gesundheitsaufklärung. Aber ich glaube nicht, dass Sie das wirklich bedrückt, sondern eher stimuliert hat.

Zuletzt möchte ich noch ein drittes Problem ansprechen: die Rationierung. Rationierung ist die Verweigerung oder die nicht ausreichende Bereitstellung von Leistungen trotz festgestellten objektiven Bedarfs. Hier sind wir an der Quelle eines anstrengenden, wenig produktiven Ärgernisses: dass der objektive Bedarf für Gesundheitsaufklärung meist weit größer ist, als er aus finanziellen und politischen Gründen gedeckt werden kann oder soll, und dass es hier in vielfältiger Weise zur Rationierung kommt. Vor diesem Kontext schwankte ich zwischen Bewunderung und Mitleid für Sie, am Ende war es dann Bewunderung. Es ist eine Sisyphosaufgabe, öffentliche Gesundheitsaufklärung zu betreiben im Umfeld von allenfalls latenten Bedarfen, von nicht selbstverständlich bereits vorhandenen angemessenen Gegenmitteln und angesichts einer jederzeit zur offenen oder verdeckten Rationierung bereiten Politik. Dass Sie dies nicht nur ausgehalten, sondern wunderbar produktiv gestaltet haben und immer noch energiegeladen sind und lachen können und neue Ideen haben, das bewundere ich sehr.

## **Dritte Ansprache**

*Uwe Koch*

Liebe Elisabeth Pott,

auch ich gratuliere zu Ihrem Geburtstag! Wir kennen uns jetzt 23 Jahre. Da ich kürzlich für eine weitere Amtsperiode des wissenschaftlichen Beirats der BZgA benannt wurde, haben wir noch eine gute Chance, unsere „Silberhochzeit auf der Ebene der professionellen Kooperation“ zu feiern. Das Bild, das ich von Frau Prof. Pott entwickelt habe, stammt aus vielfältigen Begegnungen über diese lange Zeitstrecke. Es sind vier Aspekte Ihrer Persönlichkeit und Ihres Handelns, auf die ich nachfolgend kurz eingehen möchte.

### **Visionen und Ziele**

Im November 1986 fand die Ottawa-Konferenz statt. Auf Einladung von Elisabeth Pott gehörte ich ebenso wie Friedrich-Wilhelm Schwartz zu der kleinen deutschen Kolonie, die in Ottawa teilnehmen durfte. Die Erinnerung an die damalige Veranstaltung ist für mich immer noch sehr intensiv und frisch: Es war mörderisch kalt, minus 40 Grad unter null, deshalb fand die Tagung weitgehend unterirdisch statt. Das Konferenzprogramm und die innovativen Durchführungsformen waren beeindruckend, ebenso der Spirit und die Aufbruchstimmung.

Die Ottawa-Charta mit der zentralen Botschaft „Gesundheit für alle“ wurde zwar nicht von Elisabeth Pott geschrieben, da waren andere wie zum Beispiel Ilona Kickbusch sehr viel stärker involviert; wir haben nur zugeliefert. Aber es war sehr wichtig, dass die Direktorin der BZgA – mit ihrer zentralen Funktion als Agentur für Gesundheitsförderung in Deutschland – als Multiplikatorin so früh eingebunden war. Und wenn man die weiteren Entwicklungen und die zahlreichen Kampagnen der BZgA in den Folgejahren analysiert, ist belegbar, dass die Grundgedanken der Ottawa-Charta eine sehr wichtige Rolle gespielt haben.

### **Realistische Strategien**

Visionen allein reichen aber nicht aus, um neue Entwicklungen anzustoßen. Es bedarf auch effizienter Strategien, um präventive Ziele nachhaltig umzusetzen. In diesem Kontext ist zu reflektieren, dass der Durchsetzung von Prävention vielfältige Hemmnisse gegenüberstehen. Diese beziehen sich auf die Prioritätensetzung beim Einzelnen ebenso wie auf Barrieren in den Institutionen und in der Politik. In Rechnung zu stellen ist darüber hinaus die fehlende Angebotsstruktur einer präventiven Gesundheitsversorgung.

Insofern bedarf es intelligenter, innovativer und auf Vernetzung zielender Strategien, die auch diesen Realitäten Rechnung tragen. Genau darin liegt aus meiner Sicht eine be-

sondere Stärke von Frau Prof. Pott. Ich verweise in diesem Kontext auf die Entwicklung und Implementierung der Maßnahmen zur Aidsprävention. In Workshops und Symposien wurden die personalkommunikativen Aufklärungsstrategien und die multimedialen – multimodalen Ansätze – unter Einbeziehung wichtiger Zielgruppen sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren entwickelt. Sicher war dies eine besondere historische Situation für die Prävention. Es gab in den späten 80er- und frühen 90er-Jahren für Aids keine angemessene Antwort. Eine Therapie war nicht in Sicht, sodass auch die traditionelle Medizin plötzlich auf Prävention setzen musste.

Vor dem Hintergrund des Leids von Aids- und HIV-Erkrankten ist es keinesfalls als zynische Anmerkung zu verstehen, dass die Prävention – insbesondere in Deutschland die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – diese historische Chance zur Weiterentwicklung ihres Feldes sehr gut genutzt hat. Die Aidsprävention der BZgA verstehe ich aber nur als Beispiel für zahlreiche andere präventive Programme unter der Federführung von Frau Prof. Pott.

## **Wissenschaftliche Orientierung**

Im gleichen Zeitraum war die Prävention in Deutschland weitgehend „empiriefreie Zone“. In der Amtszeit von Elisabeth Pott wurde evidenzbasierte Prävention – den Begriff gab es damals noch nicht – sehr früh zu einem wichtigen Leitprinzip ihres Handelns. Sie baute konsequent auf wissenschaftliche Klärung der Wirkungsvoraussetzungen, der Untersuchung von Wirksamkeit von Maßnahmen und Forschung zur Qualitätssicherung in der gesundheitlichen Prävention.

Damit sind die übergreifenden Ziele der Präventionsforschung innerhalb der BZgA benannt. Strukturell bildete sich dies in der BZgA in der Schaffung eines sehr leistungsstarken Referats „Forschung und Forschungskoordination“ ab. Weiterhin übernahmen andere Fachreferate Forschungsaufgaben.

Ein wissenschaftlicher Beirat übernahm die Aufgabe der Qualitätssicherung von Forschung und unterstützte die wissenschaftliche Kooperation mit den Hochschulen. Vor dem Hintergrund dieser wissenschaftsbezogenen Orientierung überrascht auch nicht die sehr positive Stellungnahme des Wissenschaftsrates in seiner Funktion als ein besonders prestigeträchtiges wissenschaftliches Prüfungsgremium (Mai 2008). „Die BZgA ist eine leistungsstarke, erfolgreich in der gesundheitlichen Aufklärung tätige Einrichtung, deren Forschung und Dienstleistungen dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen und ganz überwiegend von hoher Qualität sind.“

## **Frustrationstoleranz und Durchsetzungsfähigkeit**

Der Wissenschaftsrat beschreibt (bedauert) in seinem Gutachten auch die begrenzten Möglichkeiten der BZgA, dies sowohl bezogen auf die Gestaltung von präventiven

Maßnahmen als auch in der Präventionsforschung. Frau Prof. Pott hat sich trotz der Beschränkungen all die Jahre über nicht beirren lassen. Dazu bedarf es eines hohen „Stehvermögens“. Ich nehme an, dass sie dieses in ihrer Zeit in der Chirurgie erworben hat.

Ich wünsche mir, dass Sie die beschriebenen Kompetenzen weiter pflegen und weiter entfalten und freue mich auf die weitere Zusammenarbeit.

# 1.2

## Laudatio: Mehr als ein halbes Leben: 31 Jahre für die Prävention – 60 Jahre Elisabeth Pott

Rolf Rosenbrock



Liebe Frau Pott, liebe Kolleginnen und Kollegen,  
meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Freundinnen und Freunde.

Als vor einigen Monaten Ulla Walter vorsichtig anfragte, ob ich eine kleine Laudatio zum 60. Geburtstag von Elisabeth Pott halten würde, habe ich gesagt: „Das ist irgendwie wieder so ein schlechter Scherz, denn seit wann dürfen so junge Leute heute 60 werden?“ Ich darf das sagen, weil ich schon ein paar Jahre älter bin und das auch viel mit dem Thema zu tun hat. Wie Sie hier und heute unter uns sitzen, stellte man sich vor einigen Jahrzehnten 60-Jährige nicht vor. Wir sind hier im Raum ganz überwiegend auch Nutznießer dessen, was wir als „*Compression of Morbidity*“ bezeichnen. Wir bleiben länger jung und deshalb auch länger aktiv. Wir sind damit beim Thema „Mehr gesunde Jahre in einem längeren Leben“. Dafür arbeiten Sie, und das – finde ich – ist ein schönes Thema und ein schöner Job.

Von solchen Konzepten wie der „*Compression of Morbidity*“ werden Sie in Ihrem Studium wahrscheinlich nichts gehört haben, denn Sie studierten in den 1960er-Jahren Medizin, und da war der Bevölkerungsbezug noch nicht so en vogue. Sie konnten nicht Public Health studieren, weil es das damals noch gar nicht gab. Sie haben also dann von 1967 bis 1974 Medizin studiert, Approbation und Promotion 1976, Promotion in dem schönen Thema „Untersuchung menschlicher Kopfhare im Durchlicht, Auflicht, Fluoreszenzlicht und im kurzwelligen UV-Licht“. Durchleuchtung von Haaren – vielleicht war das sozusagen Ihre erste Annäherung an das Thema „Keine Macht den Drogen“.

Doch es ging ganz eindeutig um Licht – und das war und blieb ein wichtiges Thema, als Sie, wie Uwe Koch schon erwähnte, ihr Standvermögen in der Chirurgie schulten. Übrigens ist ja Chirurgie nicht gerade ein typischer Frauenberuf ... Sie sind allerdings ausweislich eines Interviews aus dem November 2008 nicht wegen der Genderfrage aus der Chirurgie geflohen, sondern, ich zitiere: „Die Tatsache, dass man normalerweise den ganzen Tag über in einem fensterlosen Raum arbeitet, veranlasste Sie, Frau Pott, nach einer anderen Betätigung Ausschau zu halten.“ Das heißt, Ihnen war Licht wichtig, Ihnen war Höhe wichtig!

Der nächste Schritt bei der Suche nach Licht führte Sie dann 1978 als Referentin ins Bundesarbeitsministerium. Parallel zu dieser Tätigkeit gab es dann die Weiterbildung zur Ärztin für öffentliches Gesundheitswesen, das war damals die dem Public-Health-

Gedanken am ehesten entsprechende Ausbildung in Deutschland überhaupt, wenn ich mal von dem Tropical-Hygiene-Institut in Heidelberg absehe. Vor dem Hintergrund konnten Sie dann auch das Referat „Gesundheitsvorsorge“ im niedersächsischen Sozialministerium übernehmen. Sie müssen da überall eine fabelhaft gute Figur gemacht haben, denn ausweislich der Unterlagen haben Sie sich um Ihren Job der Direktorin der BZgA 1985 nicht einmal beworben, sondern Sie wurden gebeten.

Der Bitte haben sie Folge geleistet und haben da jetzt wirklich Luft, Licht und Weite der Gestaltung, also wirklich wenig Begrenzungen. Der Gegenstandsbereich von Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung und Prävention, das wissen wir, hat keine Grenze, das ist tendenziell die ganze Welt. Und Weite finden Sie dort auch. Sie leiten immerhin eine Einrichtung mit 150 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit einem Sachmittelletat von 30 Millionen. Damit kann man Klinikern nicht imponieren, aber für uns Sozialwissenschaftler sind das schon relativ beachtliche Größenordnungen. Außerdem haben Sie in dem Rahmen natürlich auch thematische Weite und auch weitreichende soziale Netzwerke. Das machen Sie nun schon so lange – über ein Vierteljahrhundert – und vor ungefähr einem Vierteljahrhundert kreuzten sich auch das erste Mal unsere Wege. Ich möchte an drei großen Kreuzungspunkten verdeutlichen, was mir das bedeutet hat, auch weil das, so glaube ich, etwas über Sie erzählen kann.

*Erster Kreuzungspunkt* ist natürlich Aids. 1985, als Sie antraten, war das ein Jahr vor Verabschiedung der Ottawa-Charta, und es war das Jahr, in dem in Deutschland die Auseinandersetzung stattfand, wie mit dieser neuen, vorwiegend sexuell übertragbaren Infektionskrankheit umzugehen sei. Es standen sich die beiden Paradigmen Old Public Health und New Public Health gegenüber. Old Public Health unter der Leitfrage: Wie ermitteln wir möglichst schnell und möglichst viele Infektionsquellen, und wie legen wir diese still? Wenn die Frage in dieser Richtung beantwortet worden wäre, dann wäre Aids ein Problem von Medizin, Polizei und Justiz geworden. Das hätte nicht funktioniert, und es wäre auch grauenvoll geworden. Es wurde aber die andere Antwort gewählt, in Übereinstimmung mit eigentlich allen zivilisierten Ländern die Lernstrategie unter der Leitfrage: Wie organisieren wir möglichst schnell, flächendeckend und wirklich zeitstabil Lernprozesse, mit denen die Individuen, die Institutionen und die ganze Gesellschaft lernen, mit dem bis auf Weiteres unausrottbaren Virus umzugehen?

Das hatte natürlich eine vollkommen neue Aufgabenverteilung in der Gesundheitsförderung und -politik zur Folge und brachte der BZgA eine qualitativ völlig neue Herausforderung, nämlich diesen Lernprozess zu organisieren. Dabei handelt es sich um eine, wie wir in unserer wunderlichen Sprache sagen, multimodale Mehr-Ebenen-Kampagne mit drei Ebenen. Die *erste Ebene* sind die Umbrella-Messages, die Dachbotschaft. Das ist die zentrale Aufgabe der BZgA, mit dem Dachnamen „Gib Aids keine Chance“. Darunter – auf der *zweiten Ebene* – sind dann die vielen hundert kontextnahen, lokalen und regionalen Settingprojekte, wesentlich organisiert und durchgeführt von den lokalen 130 bis 150 Aidshilfen. Und darunter dann die *dritte Ebene* der persönlichen Kommu-

nikation, die im Wesentlichen beinhaltet, dass Menschen mit dem gleichen Risiko sich darüber verständigen, wie sie mit diesem Risiko umgehen. Das Ganze fand im Lichte der Ottawa-Charta statt, die ja eine wirklich grundsätzliche Umorientierung der Gesundheitspolitik beinhaltete in der Hinwendung zur Welt der Ressourcen. Das geht nicht ohne Partizipation und bedeutet eben auch, regional und lokal und sehr kontextspezifisch zu arbeiten. Das war eine völlig neue Herausforderung, bei der die BZgA auch im europäischen Rahmen sehr schnell eine gute Figur gemacht hat.

Ich sehe hier etliche Kämpferinnen und Kämpfer aus diesen Tagen im Raum. Ich erinnere mich an einen der ersten Konzept-Workshops in der BZgA, wo wir wunderbar kreativ ausgemalt haben, wie wir die Prävention organisieren können – für Feuerwehrleute, für Schwule, für Kinder, für andere Bevölkerungsgruppen. Gegen Ende des Workshops stand ein einzelner Herr auf, der sagte: „Sie können hier diskutieren, was Sie wollen, das kommt alles nicht infrage. Ich komme von der Bischofskonferenz, und wir, die katholische Kirche, lehnen Sex, der nicht zur Empfängnis führt, ab.“ Das waren dann Widerstände, die überwunden werden mussten und auch überwunden werden konnten. So ist es gelungen, Deutschland – bei derzeit zwar leicht, aber nicht wirklich bedrohlich steigenden Infektionsziffern – auf den Status mit der zweitgeringsten Inzidenz in Europa zu bringen. Noch besser als wir ist nur Andorra. Aber worauf ich hinaus will, ist nicht nur die vorbildliche Organisation der Dachkampagne, sondern ich möchte einen Punkt hervorheben, wo Sie ganz persönlich gefordert waren. Es ist die *zweite Ebene*, die damit zusammenhängt, dass das Politikmodell, das bei Aids zur Anwendung kam, von den Politikologen „*Governing at a Distance*“ genannt wird.

Der Staat kann diese Prävention nicht mehr organisieren, er muss Aufgaben auslagern. Er ist klug beraten, wenn er sie an Betroffenenorganisationen hochpartizipativ auslagert. Das hat er auch getan und die BZgA in die Position gebracht, dass die Deutsche AIDS-Hilfe als Dachverband finanziell und auch inhaltlich in einer gewissen Abhängigkeit von der BZgA stand und steht. Und das war immer zu managen im Widerspruch zwischen den moralischen Unternehmerinnen und Unternehmern, die vom Thema Aids magnetisch angezogen werden. Was für die einen eine Aufforderung zu unanständiger Promiskuität und zur Libertinage ist, ist für die anderen eine verantwortungsvolle Aufforderung, sich über ein Risiko Gedanken zu machen und entsprechend zu handeln. Das eine wird dann von den AIDS-Hilfen vertreten und das andere von der *Neuen Bildpost* aus Passau. Dazwischen muss die BZgA navigieren und zugleich mit den AIDS-Hilfen einen guten Kontakt halten.

Das ist nicht einfach, weil AIDS-Hilfen ihr Eigenleben haben. Sie haben ihre eigenen Konzepte, ihre eigene Philosophie, sie entwickeln auch gelegentlich schwer berechenbare Kampfkraft. Das muss dann eben am gewünschten Ergebnis orientiert gemanagt werden. Nach fast 30 Jahren kann man sagen, die BZgA – und das ist ein persönliches Kompliment an Sie – hat im Hinblick auf den Umgang mit den AIDS-Hilfen ihre Machtressourcen nicht unanständig genutzt. Sie waren den AIDS-Hilfen über all die Jahre eine

faire und professionelle Partnerin. Das ist eine ganz besondere Leistung, die man ja auch nicht unbedingt mit Chirurgie und Medizin und als öffentliche Gesundheitsärztin lernt.

Nach wie vor ist die Kampagne gegen Aids die größte und auch bei Weitem am besten ausgebaute Kampagne der BZgA. Daneben gibt es natürlich Kampagnen und Aktionen zu den Süchten, zu Tabak, Alkohol und Glücksspiel wie auch Kampagnen zur Organspende und zu den „Frühen Hilfen“. Das Tätigkeitsspektrum der BZgA, das Sie überschauend leiten müssen, ist unglaublich groß. Um das eine große Thema Aids ist es ja stiller geworden. Mittlerweile kämpfen Sie mühsam um Sendeplätze und gehen mehr in die Außenwerbung. Dadurch kennen wir die wunderbaren Gemüsebilder von Plakatwänden. Es gehört zu Ihren wichtigen Eigenschaften, dass Sie alten Themen auch dann die Treue halten, wenn sie nicht mehr der Medienhype sind, sondern deshalb die Treue halten, weil sie wichtig sind. Aids ist natürlich auch mittlerweile zu einem Paradigma für eine an Gesundheitsförderung orientierte, auf Ressourcen, Partizipation und Selbstorganisation setzende Prävention geworden. Da gibt es immer wieder neue Ansätze, und zunehmend kommen wir in den Bereich, dass wir sehen, dass wir viele schlaue Sachen machen, aber oft nicht wissen, wie schlaue sie wirklich sind. Die Frage der Qualitätssicherung wird immer wichtiger – und da hat sich die BZgA unter Ihrer Leitung in den Jahren als das Kompetenzzentrum für Kampagnenorganisation und Qualitätssicherung herausgebildet.

Das bringt mich zur *zweiten Kreuzung*, die ich hier kurz ansprechen möchte. Es begann Ende der 1980er-Jahre, als den Institutionen der gesetzlichen Krankenversicherungen das erste Mal die Aufgabe der primären Prävention übertragen wurde, die dann von Seehofer 1996 beendet und 1998 erneut auf die Tagesordnung der rot-grünen Regierung kam. Es war dann der neue Ansatz, wo sich die kleine Prävention der Krankenkassen des riesigen Themas anzunehmen hatte, mit Prävention nicht nur den Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt zu verbessern, sondern insbesondere einen Beitrag für Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten. Damit ist aus meiner Sicht eine der zentralen Herausforderungen der Gesundheitspolitik dieses angebrochenen Jahrhunderts angesprochen.

Sie, liebe Frau Pott, hatten vom Bundesministerium für Gesundheit einen ganz allgemeinen Prüfauftrag zur auf Ungleichheit bezogenen Prävention erhalten. Daraus ist etwas, wie ich finde, sehr Wichtiges und Strukturbildendes geworden. Sie haben im Herbst 2001 einen kleinen Workshop einberufen, und dort wurde dann gefragt: „Wissen wir überhaupt, was es in diesem Land an gesundheitlicher Prävention oder an gesundheitsbezogenen Sozialprojekten für sozial Benachteiligte gibt, und wie die arbeiten?“ Wir stellten fest: Das weiß niemand. Sie gaben daraufhin der Landesvereinigung Gesundheit Berlin e. V. den Auftrag, das herauszufinden. Es gab eine groß angelegte Befragung mit dem Ergebnis einer interaktiven Datenbank mit circa 2700 Projekten. Auch heute umfasst diese Datenbank, nachdem sie nach streng methodischen Kriterien einen Relaunch erfahren hat, immer noch 1400 Projekte.



Um diese 1400 Projekte, die einen Springquell der Kreativität und Innovation darstellen, bildeten Sie den Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“, der ein Unikum ist in der gesundheitspolitischen Landschaft des Landes: über 50 Akteure, Förderer und Förderinnen, Unterstützer und Unterstützerinnen, Finanziers, Macher, Macherinnen, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Staat, Kassen, Bundesärztekammer, Verbände, andere NGOs, alle 16 Landesvereinigungen für Gesundheit bzw. Äquivalente. Dieses Organisationsmodell hat auch das Gutachten des Sachverständigenrats 2007 – wie ich finde sehr zu Recht – hoch gelobt, weil es drei innovative Elemente hat. Einmal das Element der Vernetzung durch die Datenbanken, zum zweiten eine Struktur, wo in jedem der 16 Bundesländer ein kleiner regionaler Knoten ist – innovativ finanziert, die Hälfte Staatsgeld, die Hälfte Kassengeld. Diese Knoten haben die Aufgabe, Kommunikation, Lobby und Qualitätssicherung zu machen. Diese Struktur ist sehr ausbaufähig und wird sicher eine Rolle spielen, wenn vielleicht in der nächsten Legislaturperiode wieder über ein neues Präventionsgesetz zu reden sein wird.

Das dritte innovative Element ist die Qualitätssicherung, die ja ein zentrales Problem der primären Prävention darstellt. Man muss sich klarmachen, dass wir und diesbezüglich in einem doppelten Suchprozess befinden. Wir müssen zum einen suchen, was die besseren Innovationen sind. Niemand kann heute sagen, wie die perfekte Settingintervention aussieht. Und wir müssen zugleich auch nach angemessenen Instrumenten der Qualitätssicherung suchen. Wir haben auch da keine fertigen Konzepte und Methoden. Wir wissen nur, dass das Arsenal der *evidence-based medicine* mit den *randomized controlled trials* an der Spitze zu den meisten unserer Interventionen nicht wirklich passt. Wir müssen diese beiden aufeinander bezogenen Suchprozesse organisieren, und dafür ist der Ansatz der BZgA im Bereich Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit mit seinen *Models of good Practice* wohl am besten angemessen. Den nächsten Schritt, den Sie anstreben, ist, die verschiedenen Formen der Qualitätssicherung – also „Qualität in der Prävention“ aus Hamburg, die „Quintessenz“ aus der Schweiz bzw. Bremen und den Ansatz der partizipativen Qualitätssicherung des WZB in Berlin – zusammenzuführen und auch auf dieser Ebene den Dialog anzuregen. Das finde ich richtig und notwendig. Auf dem Gebiet der settingbezogenen Prävention forscht, denkt und arbeitet die BZgA als Pilot für eine bessere, vielleicht auch irgendwann gesetzlich geregelte Praxis. Das Ganze ist ja längst kein nationales Geschäft mehr. Das EU-Projekt zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit – „Closing the Gap“ – wird von der BZgA koordiniert.

Das bringt mich zum *dritten und letzten Kreuzungspunkt*. Der hat natürlich etwas damit zu tun, dass ich seit 1999 die Ehre habe, dem wissenschaftlichen Beirat der BZgA anzugehören und nach der jüngst erfolgten Wiederwahl voraussichtlich auch bis 2013 diesem Gremium vorsitzen darf. Wir im Beirat – da kann ich, glaube ich, auch für Uwe Koch und unser ehemaliges Mitglied Wilhelm Schwartz sprechen – verstehen einen wissenschaftlichen Beirat als kritische, solidarische Freunde der Institution. Wir wollen mitentwickeln – und auf dieser Basis hat sich ein sehr guter Dialog und eine produktive

Kooperation entwickelt. Die hat eben dann sicherlich auch ihren Beitrag geleistet zu der von Uwe Koch bereits zitierten Evaluation durch den Wissenschaftsrat im Jahre 2007.

Uwe Koch hat schon eines der schönen Zitate gebracht; ich bringe ein anderes, eben weil es so schöne Zitate sind: „Die BZgA“, sagt der Wissenschaftsrat, „ist in der Bundesrepublik Deutschland die einzige Einrichtung, der die Umsetzung der Ergebnisse präventionsbezogener Forschung in der Praxis in diesem Ausmaß gelingt.“ Oder: „Theoretisch und empirisch begründete Erarbeitung und Qualitätssicherung vollziehen sich in einem gemeinsamen systematischen Prozess mit der operativen Durchführung von Kampagnen und Programmen.“ Das ist ein Pfund, mit dem gewuchert sein will! Daher ist jetzt die Frage: Wie geht man damit um?

Auch in schwierigen Umwelten – und unser ganzes Thema Prävention und Gesundheitsförderung lebt in einem schwierigen Umfeld – muss man überlegen: Was folgt daraus? Jedes Land hat für nichtmedizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung seine eigenen Institutionen. Die USA haben ihre Centers for Disease Control and Prevention in Atlanta, die Schweiz richtet dafür ein Institut für Prävention und Gesundheitsförderung ein, das für die Organisation, für die Daten, für die Qualitätssicherung und für die Steuerung der Prävention und Gesundheitsförderung zuständig ist.

Hier in Deutschland haben wir zwei Institutionen: Ich sehe unter den Gratulanten Frau Kurth vom Robert Koch-Institut, Leiterin der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichtserstattung, und ich sehe Frau Pott. Beide leiten hochpotente Institutionen, die mit dieser Aufgabe befasst sind. Ich persönlich empfinde es als Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Ländern, dass wir zwei Institutionen haben. Wir haben mit dem Robert Koch-Institut die „Oberbehörde für Daten und Berichte“, die in den letzten zehn, 15 Jahren einen ungeheuren inhaltlichen und qualitativen Aufschwung genommen hat, und ich sehe die BZgA als „Oberbehörde für Intervention und Qualitätssicherung“. Ich meine, aus dieser Zweipoligkeit, die man ja auch als leichten Wettbewerb im Sinne von „Checks and Balances“ verstehen kann, müsste noch wesentlich mehr Honig gesaugt werden, weil sie es uns ermöglicht, in geregelter Arbeitsteilung und Kooperation gemeinsam nach vorn zu schreiten. Zu wünschen ist dabei, dass die staatliche Gesundheitspolitik den beiden Institutionen ein bisschen mehr Raum gibt.

Wenn ich sehe, wie beide Institutionen heute selbstständig und wissenschaftlich kreativ arbeiten müssen, um ihre Aufgabe zu erfüllen, dann ist da ein wesentliches Stück mehr Autonomie nötig und möglich. Und ich glaube, Frau Pott, Sie haben es in den letzten 30 Jahren bewiesen, dass Sie mit Autonomie und Handlungsspielraum sehr gut, produktiv und kollegial umgehen können. Ich glaube, dass wir in den nächsten Jahren noch viel miteinander arbeiten können und werden, um der Prävention in Deutschland eine bessere, eine wissenschaftlich noch besser fundierte, aber auch praktisch wirksamere Form zu geben. – In diesem Sinne: *ad multos annos – in sanitate propria pro sanitate publica.*

**PERSPEKTIVEN  
DER KOOPERATION  
VON BZGA UND  
HOCHSCHULEN**



# 2.1 Überlegungen zur Umsetzung der Empfehlungen des Wissenschaftsrates

*Elisabeth Pott*

## 2.1.1. Begrüßung

Sehr geehrte Frau Walter, sehr geehrter Herr Schwartz, Herr Koch und Herr Rosenbrock, sehr geehrte Teilnehmer.

Ich freue mich sehr, dass wir dieses Symposium heute hier gemeinsam veranstalten können. Dabei möchte ich an dieser Stelle meinen ganzen besonderen Dank an Frau Prof. Walter aussprechen, die mit ihren Mitarbeiterinnen diese Veranstaltung so engagiert und mit einer ganz hervorragenden Organisation in kürzester Zeit vorbereitet hat.

Es ist bereits in den Vorreden angeklungen, dass ich vor einigen Wochen meinen Geburtstag gefeiert habe. Nun erhält man bekannterweise gerade bei solchen Gelegenheiten gute Wünsche für die Zukunft oder Präsente, die Freude bereiten. Aber manchmal hat man auch ohne einen solchen Anlass Grund zur Freude. Ein solcher unerwarteter Anlass zur Freude war ohne Frage das Gutachten des Wissenschaftsrates (WR) im Mai vergangenen Jahres, auf das ich und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bundeszentrale, wie ich denke, mit berechtigter Freude und Stolz zurückblicken.

Ich möchte dieses Ereignis zum Ausgangspunkt meines Vortrags nehmen, der die Perspektiven der Zusammenarbeit von Bundeszentrale und Hochschulen zum Thema hat.

## 2.1.2. Die Empfehlungen des Wissenschaftsrates

Der Wissenschaftsrat hat mit seinen „Wissenschaftspolitischen Empfehlungen“ am 8. Mai 2008 nicht nur die bisher geleistete Arbeit anerkannt, sondern auch eine Perspektive für die künftige Weiterentwicklung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aufgezeigt. Leitgedanke der darin ausgesprochenen Einzelempfehlungen ist es „... die BZgA mittel- und langfristig zu einem international voll konkurrenzfähigen Akteur der gesundheitlichen Prävention zu entwickeln“ (WR, Stellungnahme zur BZgA 2008, S. 11).

Diese Forderung des Wissenschaftsrates, das Potenzial der Bundeszentrale voll zu nutzen und im zuvor genannten Sinne weiterzuentwickeln, gründet auf einem Alleinstellungsmerkmal der Bundeszentrale, das in der integrierten Bearbeitung spezifischer, bevölkerungsweiter Präventionsthemen besteht. Das heißt, die theoretisch und empirisch

begründete Erarbeitung von bevölkerungsweiten Kampagnen und die damit einhergehende Qualitätssicherung vollziehen sich in einem gemeinsamen systematischen Prozess, der der Logik des Public Health Action Cycle folgt.

Der Wissenschaftsrat hat in diesem Zusammenhang u. a. gefordert, dass die Bundeszentrale die Kooperation mit Hochschulen im Bereich der Lehre und Forschung weiter ausbauen soll. Dazu sind mittlerweile auch schon einige Schritte eingeleitet worden.



Abb. 1: Das Forschungskonzept der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Bevor ich darauf im Folgenden eingehen werde, möchte ich jedoch kurz in Erinnerung rufen, wie die Bundeszentrale bisher in der Kooperation mit den Hochschulen sowie Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen vernetzt ist. Die wesentlichen Informationen dazu lassen sich unter Verweis auf das Forschungskonzept in drei Punkten stichwortartig zusammenfassen (vgl. Abbildung 1 auf Seite 27):

Ich möchte Ihnen nun kurz ein Beispiel für eine erweiterte Kooperation mit den Hochschulen vorstellen, das sich aus einer gemeinsamen Projektinitiative mit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) im vergangenen Jahr ergeben hat. Es handelt sich dabei um ein Forschungsoperationsprojekt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) in Kooperation von MHH, UKE und BZgA, das im April 2009 beginnen soll. In diesem Projekt wird versucht werden, Ergebnisse laufender und vorangegangener Forschungsprojekte zur Prävention in unterschiedlichen gesundheitlichen Themenfeldern zu bündeln und zu einer Strukturbildung der Präventionsforschung in Deutschland beizutragen. Gleichzeitig soll damit ein besserer Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis ermöglicht werden.

### **Das BMBF-Projekt**

#### *Vorgeschichte*

Im Jahr 2003 hatte das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) einen neuen Förderschwerpunkt zur Präventionsforschung etabliert. Im Rahmen der *ersten Förderphase* seit 2003 wurden innovative Vorhaben der interdisziplinären, anwendungsorientierten Präventionsforschung gefördert, die sowohl die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen und -programmen als auch die Evaluation und Qualitätssicherung dieser Maßnahmen zum Ziel hatten. Zielgruppen der Maßnahmen und Analysen waren Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene im mittleren Lebensalter.

Im Jahr 2005 wurde die *zweite Förderphase* begonnen, die sich ausschließlich auf Kinder und Jugendliche zwischen drei und 25 Jahren bezog. Die 2006 veröffentlichte *dritte Förderphase* fokussierte auf die **Zielgruppe der älteren Menschen**. Diese beiden Phasen legten den Schwerpunkt auf die Evaluation von Präventionsmaßnahmen.

In der *vierten Förderphase*, die im Juli 2007 angekündigt wurde und die bis 2012 läuft, stehen Menschen **aller Altersgruppen in schwierigen sozialen Lagen** im Vordergrund. Die Vorhaben sollen analog zur ersten Bekanntmachung die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen und -programmen und/oder die Evaluation und Qualitätssicherung dieser Maßnahmen zum Ziel haben. Insgesamt hat das BMBF damit rund 20,5 Millionen Euro über alle vier Förderphasen für die Präventionsforschung zur Verfügung gestellt.

Ziel unseres mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und der Medizinischen Hochschule Hannover gemeinsam beantragten Koordinationsprojekts ist der Aufbau einer projektübergreifenden Kooperations- und Kommunikationsstruktur,

- die den Erfahrungsaustausch der beteiligten Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen sowie Präventionsträger bzw. -anbieter ermöglicht,
- die Sichtbarkeit des Förderschwerpunkts in der Fachöffentlichkeit fördert und
- die Verbreitung und Umsetzung der Ergebnisse aus den Projekten unterstützt.

An allen Forschungsvorhaben sind Trägerorganisationen der primären Prävention und Gesundheitsförderung beteiligt, die die Durchführung der Maßnahmen und deren Umsetzung in die Fläche gewährleisten. Insgesamt sind dabei 60 Einzelprojekte in den Blick zu nehmen.

Im Rahmen dieses Projekts wird es also eine Vielzahl von Möglichkeiten der Begegnung geben – sei es durch themenbezogene und projektübergreifende Arbeitsgruppen, einen jährlichen Workshop des Förderschwerpunkts oder zwei Ad-hoc-Arbeitsgruppen, deren Themen erst im Verlauf des Projekts eruiert werden müssen.

Das insgesamt sehr ambitionierte Projekt ist eine gute Gelegenheit, durch gemeinsames Vorgehen aller Beteiligten zu einer Strukturbildung der Präventionsforschung in Kooperation mit der Praxis beizutragen. Diese Chance sollten wir nutzen. Nicht zuletzt, weil damit auch eine Aufwertung der Präventionsforschung und Gesundheitsförderung insgesamt möglich ist, was sicher ein gemeinsames Interesse aller beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Praktikerinnen und Praktiker ist.

Das Projekt zielt aber neben der Koordination und dem Transfer des Know-how auch auf die Entwicklung gemeinsamer Produkte ab, was ebenfalls zu einer weiteren Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung beitragen kann. So soll im Rahmen dieses Projekts nicht nur eine gemeinsame Internetplattform erstellt werden, auf der gebündelte Informationen zu den Projekten abrufbar sind, sondern es sollen auch verschiedene Handbücher (zum Beispiel Instrumentenhandbuch) und Lehrmanuale entwickelt werden, die vorhandene Lücken schließen sollen.

### **2.1.3. Wissenschaft und Praxis zueinander führen**

Ergänzend zu diesem Vorhaben, das von einer fokussierten „Wissenschaftsperspektive“ ausgehend Forschungsergebnisse für ein breites Anwendungsfeld der Prävention und Gesundheitsförderung gezielt nutzbar machen soll, wollen wir künftig auch mit einer stärker von der Praxis der Gesundheitsförderung ausgehenden Initiative den entgegengesetzten Weg gehen. Ergebnisse der Forschung sollen nicht nur schneller in die (BZgA-) Praxis transferiert werden, sondern die Wissenschaft soll stärker auch an die Fragen und Problemstellungen der Praxis herangeführt werden.

Als Bundesbehörde, die zahlreiche Themen der gesundheitlichen Aufklärung bearbeitet und nationale Kampagnen plant, durchführt und evaluiert, stehen wir immer wieder vor praktischen Fragen, wie wir zum Beispiel bei der Auswahl geeigneter Maßnahmen vorgehen sollen. Oder auch, welche Interventionen für welche Zielgruppen geeignet sind, welche Maßnahmen mehr und welche weniger Erfolg versprechend sind. Leider ist nämlich nur ein geringer Teil des Wissens, das uns zur Verfügung steht, auch hinreichend evidenzbasiert.

Unser Handeln ist daher, wenn keine ausreichende Evidenz besteht, in der Regel theoriegeleitet, aber bisweilen auch „innovativ und intuitiv“. Weil gesicherte Vorerfahrungen vor allem in neuen Handlungsfeldern fehlen, werden diese zum Teil aus benachbarten Erfahrungsfeldern abgeleitet und übertragen, sei es als methodischer Ansatz von einem Themenfeld zum anderen – zum Beispiel der Aidsprävention zur Alkoholprävention<sup>1</sup> – oder von einer Zielgruppe zu einer anderen<sup>2</sup>.

Dabei sind die äußeren Bedingungen oft so vorgegeben, dass das erforderliche Handeln nicht mit den wissenschaftlich begründeten Ansprüchen einer strukturierten, rationalen und schrittweisen Maßnahmenplanung nach dem ZOPP-Modell<sup>3</sup> in Übereinstimmung gebracht werden kann, sondern dieser vorauseilt.

Don Nutbeam (1996) hat bereits vor mehr als einer Dekade in einem lesenwerten Beitrag über die nordamerikanische Präventionsforschung und Praxis sehr deutlich auf dieses Dilemma aufmerksam gemacht, das er im Wesentlichen auf unterschiedliche Typologien der Forschung und Praxis zurückführt.

Er identifiziert damit ein Dilemma, das auch der Wissenschaftsrat in seiner Begutachtung der Ressortforschungsarbeit im Hinblick auf die Veröffentlichungsarbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung konstatiert hat<sup>4</sup>. So stellt Nutbeam (1996, S. 319) fest, dass ein abnehmender Umfang von Forschungsliteratur einhergeht mit steigender Relevanz der praktischen Verwendbarkeit der Ergebnisse. Mit anderen Worten: Je weiter sich die Forschung der Bearbeitung praktischer Fragen und der Lösung unmittelbarer Probleme zuwendet, umso kleiner wird die Zahl der wissenschaftlichen Veröffentlichungen.

Dass dies so ist, dürfte wenig mit dem mangelnden Interesse der Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen zu tun haben, sich einer konkreten Praxis zuzuwenden. Vielmehr er-

---

1 Der bewährte Mitmachparcours zu Aids wurde in modifizierter Form dem Thema Alkohol angepasst.

2 So basieren die Maßnahmen des neuen Schwerpunkts „gesund Altern“ wesentlich auf Erfahrungen und Instrumenten der Jugendaktion „gut drauf“.

3 ZOPP: Zielorientierte Projektplanung.

4 Der Wissenschaftsrat empfiehlt der BZgA in seiner Stellungnahme, den Anteil wissenschaftlicher Publikationen deutlich zu erhöhen.



weist sich die Praxis insbesondere in der Gesundheitsförderung als schwer fassbar und mit einer hohen Zahl von Einzelfaktoren und Variablen behaftet, die schwer zu bestimmen – das heißt operationalisierbar zu machen – und erst recht in einem Versuchsaufbau zu kontrollieren sind. Hinzu kommt, dass die wissenschaftsimmanenten Regeln zur Publikation in der Regel als Versuchsaufbau die „randomisierte kontrollierte Studie (RCT)“ verlangen und dieser für verhaltensbedingte Gesundheitsprobleme kaum oder gar nicht anwendbar ist.

#### 2.1.4. Werkstattgespräche

Damit in Zukunft mehr praxisnahe Forschung angeregt und eine daraus resultierende höhere Veröffentlichungsrate erreicht werden kann, macht es Sinn, Forschung und Praxis an einen Tisch zu holen und neue Formen der Zusammenarbeit zu entwickeln.

Ziele dieser Zusammenarbeit sind dabei:

- koordiniertes Vorgehen bei der Bearbeitung von zentralen Themen bzw. Forschungsfragen der Gesundheitsförderung, die von der Bundeszentrale bearbeitet werden,
- höherer Ausschöpfungsgrad des Potenzials der Bundeszentrale zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses durch Vergabe von wissenschaftlichen Arbeiten (Magister- und Doktorarbeiten),
- stärkere Anbindung der Forschung an relevante Fragen der Kampagnenimplementierung.

Die Idee einer Veranstaltungsreihe unter dem Titel „Werkstattgespräche“ soll ein solches Instrument zur Belegung des fachlichen Austausches zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Hochschulbereich sein. Sie sollen künftig ein- bis zweimal jährlich als Tages- oder Seminarveranstaltung in Kooperation mit einer Hochschule durchgeführt werden. Bei dieser Veranstaltung sollen Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen sowie die mit der Implementation von Präventionsmaßnahmen der BZgA befassten Referate und deren Kooperationspartner und -partnerinnen sowie ein kleiner Kreis der Fachöffentlichkeit zu wichtigen Fragen des Transfers zusammentreffen. Die Veranstaltungen sollen im Wechsel von der BZgA und einer Hochschule durchgeführt werden.

Wichtig ist dabei, dass ein wirklicher Dialog zustande kommt und nicht nur ein dem Wissenschaftsbetrieb vertrautes Vortagsritual praktiziert wird, dem sich die jeweilige Zuhörerschaft geduldig aussetzt, eine lebendige Diskussion und konstruktive Auseinandersetzung zwischen Forschern und Forscherinnen sowie Praktikern und Praktikerinnen aber zu kurz kommt. Es geht also darum, eine neue, gemeinsame Ebene der Begegnung zu schaffen, bei der Vertreter und Vertreterinnen der verschiedensten wissenschaftlichen Fachgebiete mit den Akteuren und Akteurinnen der praktischen Planung und Umsetzung zusammentreffen und für spezifische, noch zu definierende Einzelthemen einen gleich-

gerichteten Entwicklungsprozess beginnen. Im Idealfall stehen dann am Ende eines solchen gemeinsam begonnenen Weges zum Beispiel Magisterarbeiten oder Dissertationen, die sich auch konkret auf einzelne Arbeitsprojekte oder Themengebiete beziehen, die die BZgA bearbeitet.

In der Vergangenheit hat es vereinzelt auch schon kleinere Beispiele der Verzahnung von Wissenschaft und Praxis gegeben, wie beispielsweise zuletzt eine Doktorarbeit mit dem Titel „Ärztliche Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung“ (Pohl 2006). Diese Arbeit, die im Kontext eines von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von 1999–2002 geförderten Modellprojekts entstand, war jedoch eher ein zufälliges Produkt und nicht das Ergebnis eines geplanten, gemeinschaftlichen Arbeits- und Denkprozesses.

Wir hoffen, dass wir durch die Werkstattgespräche mehr als bisher Interesse an Themen und Fragestellungen aus der Praxis unserer Arbeit wecken können, die dann auch vonseiten der Wissenschaft und Forschung vermehrt aufgegriffen und mit unserer Unterstützung weiterverfolgt werden. Ich möchte das kurz an folgendem Beispiel erläutern:

Zurzeit wird in unserem Haus an einer Konzeption zur bundesweiten Umsetzung einer „Strategie Gesundheitsförderung und Prävention im Alter“ gearbeitet. Bei der Erarbeitung des Konzepts wurden grundlegende Publikationen zum Themenbereich „Gesund älter werden“ einbezogen, u. a. die Altenberichte der Bundesregierung, die Gutachten des Sachverständigenrates, die Expertise „Gesund altern“ von Kruse (2002) im Auftrag des BMG. Auch eigene Vorarbeiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung konnten genutzt werden, zum Beispiel der BZgA-Expertinnen- und -Experten-Workshop „Gesundes Alter“ vom 09.03.2005<sup>5</sup>, die Bestandsaufnahme zur seniorenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene<sup>6</sup>, die BZgA-Studie zu Seniorengesundheitstagen sowie Erfahrungen aus Modellprojekten und Kampagnen. Darüber hinaus einbezogen wurde der von der Bundeszentrale entwickelte integrierte Ansatz „Ernährung, Bewegung, Stressregulation/psychische Gesundheit“, der für die Zielgruppe Jugendliche entwickelt worden ist und entsprechend modifiziert für gesundes Altern Geltung hat.

Wir haben somit eine hinreichende Beschreibung der Ausgangssituation und ihrer Problembereiche und mit dem von der BZgA entwickelten integrierten Ansatz „Ernährung, Bewegung, Stressregulation“ auch so etwas wie eine handlungsleitende Interventionstheorie, die es gestattet, mit der Entwicklung von Maßnahmen zu beginnen.

---

5 Dokumentation des Expertinnen- und Experten-Workshops „Gesundes Alter“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung am 09.03.2005 in Köln.

6 BZgA (2007): Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme. Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 33. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Dennoch bleibt eine Fülle offener Fragen, auf die wir eine Antwort benötigen. Dies gilt insbesondere mit Blick auf eine „Theorie (und Praxis) der Veränderung“<sup>7</sup> in Bezug auf die Zielgruppe älterer Menschen. So ist zu zum Beispiel zu fragen:

- Zu welchen Lebenszeitpunkten bzw. Anlässen sind Ältere besonders empfänglich für das Thema (psychische) Gesundheit? Wie können Ältere am besten angesprochen werden? Welche Zugangswege sind besonders geeignet?
- Wodurch unterscheiden sich Männer und Frauen bezüglich Risiko- und Schutzfaktoren sowie Erreichbarkeit, Ansprache und Zugang zu Interventionen?
- Welche Relevanz kommt sozialen Faktoren (Familie, Freunde/Freundinnen, soziales Netz, Mitgliedschaft in Vereinen, Kirchen, Haustiere, soziales Engagement etc.) hinsichtlich der Förderung und des Erhalts der psychischen Gesundheit im Alter zu?
- Sind Änderungen im Gesundheitsverhalten im Alter stabiler und nachhaltiger in der Wirkung als im Jugendalter?
- Durch welche Maßnahmen können die soziale Integration sowie das Wohlbefinden im Alter gefördert werden?
- Welche Aspekte müssen bei der Förderung der psychischen Gesundheit von Migrantinnen und Migranten oder sozial benachteiligten Menschen besonders beachtet werden?

Dies soll als Illustration genügen, um zu zeigen, dass jede dieser Fragen beim Versuch der Beantwortung zu weiteren Fragen führen kann und damit eine immer differenziertere Betrachtung und Analyse erforderlich wird. Die Anzahl der relevanten „Randbedingungen (Fragen)“, die beachtet werden müssen, wenn man eine konkrete Intervention plant, wächst damit rasant an. Um handlungsfähig zu sein, wird man in der Praxis aber nicht alle Fragen beantworten können, bevor man mit der Maßnahmendurchführung beginnt. Deshalb bleiben viele Fragen offen. Nicht selten müssen gerade solche Fragen unbeantwortet bleiben, deren Antworten für die Umsetzung besonders hilfreich wären, weil der Forschungsaufwand zu hoch oder die Zeit zu knapp ist.<sup>8</sup> Mit den Werkstattgesprächen soll nun zunächst ausgelotet werden, welche der bei der konkreten Vorbereitung und Durchführung von Maßnahmen entstehenden Fragen und Probleme gemeinsam bzw. welche einer jeweils eigenständigen Bearbeitung überlassen werden sollten. Dies hätte den Vorzug, dass man wie bei einem Mosaik an verschiedenen Stellen eines Bildes arbeitet, allerdings in der Gewissheit, dass es ein gemeinsames Bild wird und nicht verschiedene Bilder entstehen<sup>9</sup>.

7 Im Monograph des US National Cancer Institutes „Theory at a Glance“ (Green 1997) wird zwischen zwei verschiedenen bedeutsamen Typen von Theorien zur Planung von Aktivitäten der Gesundheitsförderung (PHA-Cycle) unterschieden: *explanatory theory* und *change theory*. *Change theory* meint dabei eine Theorie, die sich damit beschäftigt, wie man und was man tun muss, damit sich eine Veränderung einstellen kann.

8 Zum Beispiel die Auswirkung einer Intervention auf die Dauer und Qualität der gesunden Lebensjahre.

9 Als Beispiel für ein erfolgreich abgestimmtes Vorgehen von Forschung und Praxis am Thema Ecstasykonsum vgl. BZgA (1998): Prävention des Ecstasykonsums. Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 5. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Dazu gehört weiterhin auch, dass bei der Operationalisierung von zentralen Begriffen wie zum Beispiel „soziale Integration“ oder „psychische Gesundheit“ oder anderen Begrifflichkeiten ein gemeinsam geteiltes Verständnis der Bedeutung dieser Begriffe erarbeitet wird.

In der Praxis werden solche Begriffe häufig unscharf gebraucht, das heißt, es ist nicht eindeutig festgelegt, was zum Beispiel unter sozialer Integration genau verstanden wird. Entsprechend schwierig wird es dann sein, Ergebnisse einer verbesserten sozialen Integration zum Beispiel einer spezifischen Intervention zuzuordnen. Umgekehrt mag es wenig sinnvoll sein, bei der Definition eines Begriffs aus einer Forschungsperspektive nur auf die exakte Messbarkeit zu achten (zum Beispiel Anzahl der persönlichen Kontakte), ohne auch die Qualität (der Beziehung) zu berücksichtigen. In diesem Fall kann nur ein gemeinsamer Diskussionsprozess von Wissenschaft und Praxis sicherstellen, dass die besonderen Interessen der beiden Seiten angemessene Berücksichtigung finden. Wenn dies gelingt, ist eine wesentliche Voraussetzung für den Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis gegeben.

Mit den Werkstattgesprächen „Prävention im Dialog“ möchten wir deshalb in der Zukunft auch signalisieren, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nicht nur wissenschaftliche Forschungsergebnisse in ihre Arbeit einbeziehen will, sondern auch stärker als bisher ihr eigenes Handeln zum Gegenstand wissenschaftlicher Beobachtung werden lässt.

Dabei denken wir natürlich nicht nur an das Thema „Gesund altern“, sondern auch an andere wichtige Themen wie die Kindergesundheit, Suchtprävention, die Organspende usw., die in unserem Haus bearbeitet werden. Wie dies im Einzelnen geschehen kann und welche Themen dabei als Erste aufgegriffen werden sollen, wird im jeweiligen konkreten Begegnen von Wissenschaft und Praxis auszuhandeln sein. Wir hoffen dabei auf das Interesse von Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen, jenseits einer extramuralen Auftragsvergabe auch solche Fragen in den Blick zu nehmen, die sich während des Implementierens von Gesundheitsförderungsmaßnahmen neu entwickeln.

Mit der heutigen Veranstaltung soll ein Anfang über die Unterschiedlichkeit von Perspektiven gemacht werden, mit denen man sich der Gesundheitsförderung und Prävention zuwenden kann. Jeweils unterschiedliche Perspektiven müssen aber in der Praxis zusammengeführt werden; dabei können Spannungen entstehen, bisweilen Verwerfungen und möglicherweise auch Widersprüche. Diese nicht nur auszuhalten, sondern darüber hinaus für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung und Prävention fruchtbar zu machen, gelingt am besten, wenn man die unterschiedlichen Sichtweisen an einem Ort zusammenbringt, so wie dies heute begonnen wird. Für den Anfang soll es genügen, die unterschiedlichen Blickwinkel kennenzulernen und dadurch vielleicht schon neue Anregungen zu erhalten.

Für eine Nachfolgeveranstaltung möchte ich anregen, den Fokus der Veranstaltung noch stärker auf Praxisfragen zu legen, die für die konzeptionelle Weiterentwicklung von Kampagnen bzw. Maßnahmen von Bedeutung sind. Hieran werden wir im Laufe dieses Jahres verstärkt arbeiten. Ich hoffe, ich habe damit Ihre Neugier auf diese Veranstaltung, aber auch Ihr Interesse an einer Fortsetzung des Dialogs und einer intensiveren Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geweckt.

Herzlichen Dank!

## Literatur

- Glanz, K., Rimer, B. K. (1995): Theory at a glance: A guide for health promotion practice. NIH Publication No. 97-3896. Bethesda, MD, National Cancer Institute.
- Green, J. (2000): The role of theory in evidence-based health promotion practice. In: Health Education Research, 2000, 15, No. 2, pp. 125–129. Oxford University Press.
- Kruse A. (2002): In: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung, Band 146: Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien.
- Nutbeam, D. (1996): Achieving „best practice“ in health promotion: improving the fit between research and practice. In: Health Education Research, 1996, 11, pp. 317–326. Oxford University Press.
- Pohl, D. (2006): Ärztliche Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung – Erfahrungen und Chancen für die Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung. Dissertation, Bremen.
- Wissenschaftsrat (WR) (2009): Wissenschaftspolitische Stellungnahme zur Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Drucksache 8480-08 vom 08.05.2009, Rostock.



**PRÄVENTION AUS  
DER PERSPEKTIVE  
VON ÖKONOMIE  
UND ETHIK**



# 3.1

## Prävention aus ökonomischer Perspektive

*Marc Suhrcke*

Mein Vortrag befasst sich mit Prävention aus ökonomischer Perspektive, während der Vortrag von Prof. Georg Marckmann (vgl. Kapitel 3.2) sich dem Thema aus ethischer Sicht annimmt. Das Verhältnis zwischen Ökonomie und Ethik wird gern als diametraler Gegensatz dargestellt. Ein Ziel meines Vortrags ist es, dem zumindest ansatzweise zu widersprechen. Vielleicht ist ja Ökonomie gar nicht so eine unmoralische Sache, wie sicherlich viele der hier Anwesenden denken.

Mein Vortrag gliedert sich in drei Teile: Zunächst möchte ich begründen, warum wir uns überhaupt mit Prävention befassen sollten und warum es Sinn machen könnte, dabei eine ökonomische Perspektive/Argumentation zu verfolgen. Reicht es nicht, dass sich Public-Health-Experten und -Expertinnen mit dem Thema befassen? Müssen sich Ökonomen und Ökonominen wirklich auch noch in dieses zunächst einmal fachfremde Gebiet einmischen?

Im darauf folgenden zentralen Abschnitt diskutiere ich die Frage, ob sich Prävention „rechnet“. Dabei geht es in erster Linie darum klarzustellen, was mit der Frage überhaupt gemeint ist und – mehr noch – was nicht damit gemeint ist. Wie können wir überhaupt beurteilen, ob sich eine präventive Intervention lohnt oder nicht? Die Interpretationen und Meinungen hierzu in der Öffentlichkeit, aber auch teilweise in der Wissenschaft, gehen oft weit auseinander. In diesem Teil meines Vortrags gehe ich auch auf den Stand der Evidenz zur ökonomischen Vorteilhaftigkeit der Prävention ein.

Der abschließende Teil meiner Ausführungen fasst die wesentlichen Punkte zusammen und gibt einen Ausblick auf zukünftige Forschungsschwerpunkte.

### 3.1.1. Warum Prävention? Warum Ökonomie?

Zur Frage „Warum Prävention?“ möchte ich zwei Punkte anführen, die Ihnen wahrscheinlich nur zu gut vertraut sein werden.

#### Niedrige Ausgaben für Prävention

Die Messung der Gesundheitsausgaben für Prävention ist ein sehr schwieriges Unterfangen. Trotz aller Schwierigkeiten scheut die OECD lobenswerterweise nicht davor zurück. Bei Betrachtung der Ausgaben für Prävention in OECD-Ländern drängt sich der Eindruck auf, dass der Prävention kein großer Wert beigemessen wird (siehe Abbildung 2). Die



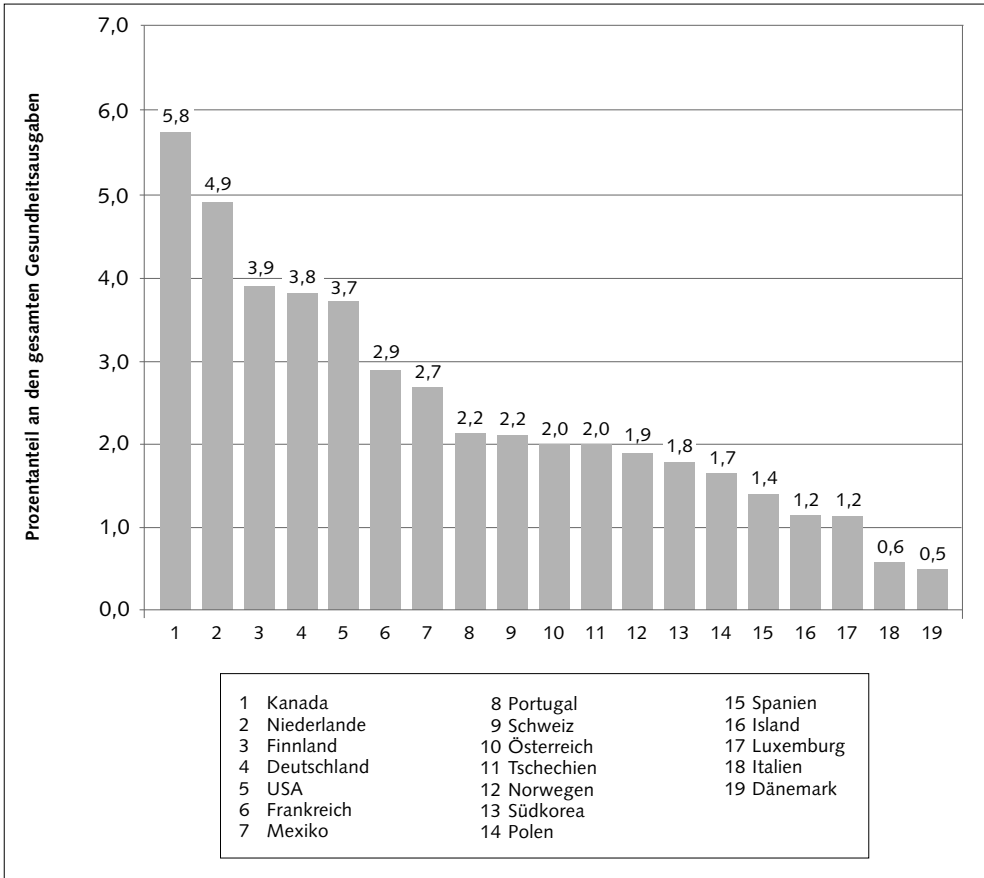


Abb. 2: Ausgaben für Prävention als Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben (OECD-Daten 2006)

Ausgaben reichen von etwa 0,5 % der gesamten Gesundheitsausgaben, die in Dänemark für Prävention und Public Health aufgewendet werden, bis zu fast 6 % in Kanada. Deutschland liegt mit 3,8 % im oberen Mittelfeld. Obwohl nicht zweifelsfrei bestimmbar ist, wie hoch die Ausgaben für Prävention idealerweise sein sollten, erscheint das gegenwärtige Niveau als sehr niedrig, nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass der Großteil der Erkrankungen und (vorzeitigen) Todesursachen zumindest im Prinzip vermeidbar ist.

### Niedrige Ausgaben für Präventionsforschung

Nicht nur die Ausgaben für Prävention erscheinen niedrig, sondern auch die Präventionsforschung scheint keine signifikante Rolle zu spielen im Vergleich mit der klinischen Forschungsförderung. Tabelle 1 veranschaulicht dies am Beispiel Großbritanniens,

<b>Forschungsbereich</b>	<b>Proportion an den Gesamtausgaben</b>
Ätiologie	34,5 %
Grundlagenforschung	34,1 %
Behandlungsentwicklung	8,5 %
Behandlungsevaluation	8,1 %
Detektion und Diagnose	5,2 %
Gesundheitsdienstleistungen	4,8 %
<b>Prävention</b>	<b>2,5 %</b>
Disease Management	2,3 %
TOTAL	100 %

Tab. 1: Proportion an den Gesamtausgaben für Forschung (Staat und gemeinnütziger Sektor), aufgeteilt nach Forschungsbereich

wo der (seltene) Versuch unternommen wurde, alle Forschungsausgaben im Gesundheitsbereich (aus staatlichen wie gemeinnützigen Quellen) im Jahr 2006 zu erfassen (UK Clinical Research Collaboration 2006). Nur 2,5 % der Gelder kamen der Präventionsforschung zugute und hiervon landete nur ein kleiner Anteil bei Projekten zur Gesundheitsförderung.

Für Deutschland existieren keine vergleichbaren Daten, wenngleich nicht davon auszugehen ist, dass das Bild grundlegend anders aussieht. Positiv anzumerken ist jedoch, dass das Bundesministerium für Bildung und Forschung in einer neuen (wenn auch immer noch vergleichsweise bescheidenen) Initiative im Jahr 2003 20 Millionen Euro zur Verfügung gestellt hat, um die Forschung im Bereich der Primärprävention zu stärken<sup>10</sup>.

Auch wenn eine eindeutige Schlussfolgerung aus den obigen Zahlen verfrüht wäre, drängt sich die Frage auf, warum denn so augenscheinlich wenig für Prävention und Präventionsforschung ausgegeben wird, nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass der überwiegende Teil unserer Krankheitslast zumindest im Prinzip durch gesünderes Verhalten vermeidbar ist. Was aber kann ein ökonomischer Ansatz zum Thema beitragen?

Ökonomie kann immer dann einen sinnvollen Beitrag leisten, wenn es darum geht, aus begrenzten Mitteln einen größtmöglichen Nutzen oder Gewinn zu ziehen. Die Ressourcen des Gesundheitssystems sowie der öffentlichen Hand im Allgemeinen sind begrenzt. Sollte Prävention gestärkt werden, so müssten unweigerlich zusätzliche finanzielle und

<sup>10</sup> Vgl. <http://www.bmbf.de/de/1236.php>.

materielle Ressourcen andernorts gestrichen werden, sei es durch Budgetkürzungen oder durch Steuer- oder Beitragserhöhungen. Hinzu kommt, dass derartige politisch schwierige Entscheidungen häufig durch das Finanzministerium zumindest mitbestimmt werden. Ohne überzeugungskräftige und evidenzbasierte ökonomische Argumente besteht daher wenig Hoffnung auf angemessene Interessenvertretung.

Kurz gesagt: Ob wir es mögen oder nicht – eine Erfolg versprechende Interessenvertretung der Prävention kommt nicht wirklich um die Auseinandersetzung mit ökonomischen Argumenten und Perspektiven umhin. Meiner Ansicht nach – was im Folgenden noch belegt werden wird – liegt in der korrekt interpretierten ökonomischen Argumentation sogar eine große Chance für die Präventionspolitik. Einige europäische Länder haben sich bereits dieser Idee geöffnet – ein Trend, der bislang nicht für Deutschland bestätigt werden kann.

Die sehr zögerliche Annäherung an eine ökonomische Sicht der Prävention mag zurückzuführen sein auf ein Missverständnis dessen, was sie eigentlich beinhaltet. Somit ist das Hauptziel dieses Vortrags klarzustellen, was eine ökonomische Argumentation für (oder gegen) Prävention eigentlich meint. Wie könnte die Struktur des Arguments aussehen und wie ist der Stand der ökonomischen Evidenz?

### 3.1.2. Rechnet sich Prävention?

#### Fehlinterpretationen des ökonomischen Wertes von Prävention

Die Meinungen zum gesundheitlichen und ökonomischen Nutzen von Prävention gehen in der Öffentlichkeit sowie in der Wissenschaft weit auseinander. Die beiden wahrscheinlich gängigsten Glaubenssätze sind: 1) „Prävention spart Geld“ und – nur etwas weniger ambitioniert – 2) „Prävention ist kostengünstiger als Heilung“. Beide Vorstellungen halten einer genaueren Überprüfung nicht stand.

#### *Spart Prävention Geld?*

Einige Forscherinnen und Forscher behaupten, dass Prävention nicht nur gut für die Gesundheit sei, sondern auch für das Portemonnaie: Prävention spare Geld (Fries et al. 1993). Dem steht die andere Extremposition gegenüber, dass Prävention – insbesondere traditionelle Gesundheitsförderung – einfach nur „Verschwendung von Zeit und Geld“ sei (Harvey 1998) oder unwesentlich milder: „gute Medizin, aber schlechte Ökonomie“ (Cadmus 1994).

Letztere Hypothese möchte ich in nachfolgenden Abschnitten diskutieren (und widerlegen). Das Argument, Prävention sollte kostensparend sein, findet regelmäßig Erwähnung in der öffentlichen Debatte. So viel vorab: Erstens mag es sein, dass einzelne Präventionsmaßnahmen (zum Beispiel manches Impfprogramm) tatsächlich Geld sparen, aber *in aller Regel* kann dieses hohe Ziel nicht erreicht werden. Zweitens ist Kostener-

sparsnis, so wünschenswert es sein mag, nicht wirklich das relevante Entscheidungskriterium, um Prävention als lohnend zu beurteilen – Prävention mag sich durchaus noch „lohnen“, auch wenn kein Geld dadurch gespart wird. *Kosteneffektivität* ist das eigentlich relevante Kriterium (siehe unten).

Die Vorstellung, dass Prävention Geld spart, basiert auf der zunächst einmal intuitiv nachvollziehbaren Tatsache, dass derjenige, der gesund ist, auch keinen Bedarf an (möglicherweise teurer) Behandlung hat. Fries und andere Autoren stützen ihre Hoffnungen vor allem auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes im höheren Alter (als Folge erfolgreicher Prävention) und die Erwartung, dass durch „gute“ Prävention das Szenario einer „Kompression der Morbidität“ erreicht werden könnte – eine Reduktion der Sterblichkeit bei gleichzeitiger Komprimierung der Morbidität am Ende des Lebens (Fries et al. 1998). Ob und wie dieses optimistische Szenario erreicht werden kann, vor allem dauerhaft, ist mehr als fraglich. Darüber hinaus muss bedacht werden, dass ein durch Prävention vermiedener Todesfall oder eine vermiedene Krankheit zwar die Behandlungskosten zum späteren Zeitpunkt spart, aber das Individuum natürlich im weiteren Verlauf seines Lebens zusätzliche Gesundheitskosten akkumulieren kann. Jene „Lebenszeitkosten“ müssen der unmittelbaren, kurzfristigen Ersparnis gegengerechnet werden. Ob sich dann immer noch eine „Ersparnis“ ergibt, ist letztendlich eine empirische Frage, die bislang in der Literatur durchaus uneinheitlich beantwortet wurde.

Die weit ausgeprägtere Evidenz zu dieser Frage aus dem US-Bereich liefert zwar die eine oder andere ermutigende Antwort. So zeigt sich, dass eine hypothetische Reduktion der Adipositasrate durchaus zu Einsparungen führen könnte (ohne allerdings die Kosten geeigneter Interventionen zu berücksichtigen) (Lakdawalla et al. 2005, Goldman et al. 2006).<sup>11</sup> Andere Studien hingegen, die über den möglicherweise speziellen Fall der Adipositas hinausgehen, geben sich eher skeptisch hinsichtlich der Perspektive von Kosteneinsparungen durch gesündere Lebensstile (Chernew et al. 2005). Meinem besten Wissen nach existieren bislang keine vergleichbaren Studien für Deutschland. In jedem Fall zeigt diese Diskussion, dass die Behauptung, Prävention sei kostensparend, in dieser pauschalen Form zu vereinfachend ist.

Darüber hinaus ist Kostenersparnis nicht das korrekte ökonomische Kriterium, um eine gegebene Intervention als lohnend (oder nicht lohnend) zu qualifizieren. Manche Präventionsmaßnahmen mögen kostensparend sein, während andere – vermutlich die meisten – es nicht sind. Das bedeutet jedoch nicht, dass diejenigen Interventionen, die keine Kosten einsparen, es nicht wert seien, eingeführt zu werden. Was zählt ist, dass

---

11 Das Ergebnis hoher Gesundheitsausgaben für Übergewichtige (und dem daraus ableitbaren finanziellen Nutzen aus der Senkung der Prävalenz) liegt vorwiegend darin begründet, dass das Management der Folgen und Komorbiditäten von Übergewicht hohe Gesundheitskosten verursacht, die – anders als im Falle des Takakkonsums – nicht so stark durch den kostenreduzierenden Effekt einer kürzeren Lebenserwartung „kompensiert“ werden.

die Kosten der Intervention einen hinreichend hohen Nutzen (oder Gesundheitsgewinn) „erkaufen“. Ob nun eine zur Verfügung stehende Maßnahme einen Gesundheitszuwachs zu „vernünftigen“ Kosten anbietet, wird typischerweise durch eine ökonomische Evaluation – wie zum Beispiel der Kosten-Effektivitäts-Analyse (CEA) oder Kosten-Nutzen-Analyse (CBA) – bestimmt.

Die vorrangige Aufgabe von Prävention ist es, die Gesundheit zu verbessern. Schafft sie dies zu günstigeren Kosten als andere Interventionen, so sind diese Ausgaben für Prävention auch ökonomisch eine lohnende Investition. An Prävention sollten keine höheren (aber auch keine niedrigeren) Maßstäbe angelegt werden, als sie auch bei der medizinischen Versorgung üblich sind, wo in aller Regel „Kosteneinsparung“ keineswegs das alleinige Ziel darstellt. Jede Art von Intervention im Gesundheitsbereich – sei es Prävention, Behandlung oder Rehabilitation – sollte idealerweise nach denselben Kriterien (so zum Beispiel Kosteneffektivität) beurteilt werden.

### *Ist Vorbeugen besser als Heilen?*

Wenn nun Kosteneffektivität das „richtige“ ökonomische Kriterium ist, kann dann wenigstens davon ausgegangen werden, dass Prävention grundsätzlich kosteneffektiver ist als Versorgung, wie die viel zitierte Formulierung „*An Ounce of prevention is worth a pound of cure*“ vermuten lässt? Die kurze Antwort lautet auch hier leider „Nein“. Es gibt kein Naturgesetz, das Prävention *immer* zur günstigeren Variante im Vergleich zur Behandlung der jeweiligen Erkrankung werden lässt. Letztendlich liegt das daran, dass insbesondere bevölkerungsbezogene Prävention immer eine größere Gruppe von Zielpersonen involviert als die Behandlung der betreffenden Erkrankung. Schließlich hätte nicht jeder, auf den eine bestimmte präventive Maßnahme angewendet wird, die Krankheit auch entwickelt. Zumindest ein Teil jener Ausgaben wird sich somit ex post als umsonst herausstellen.

Eine stark vereinfachte Rechnung soll dies veranschaulichen: Man nehme an, dass eine gegebene Präventionsmaßnahme eine Gruppe von  $N$  Individuen zu den Kosten von  $\text{€ } P$  pro Individuum einschließt und es damit gelingt, die Erkrankung vollständig zu vermeiden (was natürlich für einige Erkrankungen nicht möglich wäre). Dann wären die Kosten für Prävention:  $N \cdot P$ . Wenn nun die Inzidenzrate  $I$  sei (das heißt die Anzahl der Menschen, die die Erkrankung im Laufe ihres Lebens bekommen, geteilt durch  $N$ ) und die kurativen Kosten pro Fall  $C$  seien, dann betragen die totalen Behandlungskosten für dieselbe Gruppe:  $I \cdot N \cdot C$ . Für diese Situation wäre Prävention günstiger als die Behandlung, falls  $P < I \cdot C$  bzw.  $P/C < I$  wäre. Da  $I$  eine sehr kleine Zahl sein kann, zumindest in dieser vereinfachten Behandlung, ist es alles andere als gegeben, dass Prävention günstiger ist als die Behandlung (Kenkel 2000). Prävention wird demnach umso vorteilhafter (relativ zur Behandlung), je teurer die Behandlungskosten sind und je größer der Bevölkerungsanteil ist, der die Krankheit entwickeln würde, wenn es keine Prävention gäbe.

## Die (korrekte) ökonomische Begründung für (oder gegen) Prävention

Die „ökonomische Begründung“ für staatliche Interventionen in Prävention besteht aus zwei eng miteinander verbundenen Komponenten: 1) der ökonomischen Rechtfertigung staatlichen Handelns im Präventionsbereich und 2) dem Nachweis der Kosteneffektivität der Intervention. Beide Aspekte werden im Folgenden diskutiert.

### *Die ökonomische Rechtfertigung staatlichen Handelns in der Prävention*

Aus ökonomischer Sicht kann nicht von vornherein davon ausgegangen werden, dass der Staat überhaupt eine Rolle in der Prävention chronischer Erkrankungen einnehmen sollte. Für den Ökonomen bzw. die Ökonomin ist die Konsumentensouveränität – die Freiheit des Individuums zu entscheiden, wie seine Bedürfnisse erfüllt werden – das übergeordnete Prinzip, auf dem eine funktionierende Marktwirtschaft beruht. In diesem Weltbild spielt der Staat bestenfalls eine untergeordnete Rolle. Die Anwendbarkeit dieser Sichtweise hängt jedoch zumindest von den folgenden Voraussetzungen ab:

- Menschen handeln „rational“ – sie werden immer die Option wählen, die für sie nach Abwägung der erwarteten Kosten und Nutzen das beste Ergebnis bringt.
- Die Entscheidungsfindung basiert auf genauer Kenntnis – vollständiger Information – über die Konsequenzen einer Entscheidung (zum Beispiel über die gesundheitsschädlichen Konsequenzen des Rauchens).
- Alle Kosten und Nutzen, die mit einer Entscheidung verbunden sind, werden allein vom Entscheidungsträger bzw. von der Entscheidungsträgerin getragen.
- Auch in der Zukunft wird das Individuum in der Regel früher getroffene Entscheidungen nicht bereuen („zeitkonsistente Präferenzen“).

Wenn diese Annahmen gerechtfertigt sind, dann besteht keine ökonomische Legitimation für den Staat, das Individuum von seinem potenziell gesundheitsschädlichen Verhalten abzubringen. Es wurde davon ausgegangen, dass der- oder diejenige in voller Kenntnis der Nutzen (vielleicht in Form von „Genuss“) sowie Kosten (u. a. in Form von Gesundheitsschäden) eine wohlbedachte Abwägung getroffen und sich für die gesundheitsschädliche Lebensweise entschieden hat.

Der Ökonom bzw. die Ökonomin erkennt aber auch an, dass es zu dieser Theorie Ausnahmen geben kann, wenn eine oder mehrere jener Grundannahmen verletzt werden. In diesem Fall käme es in der Ökonomensprache zum sogenannten „Marktversagen“. Wird Marktversagen diagnostiziert, so kann die Gesellschaft zumindest prinzipiell besser gestellt werden, falls der Staat die richtigen Eingriffe vornimmt.

Entsprechend obiger grundlegender Annahmen gibt es bezüglich der Risikofaktoren chronischer Krankheiten zumindest vier potenzielle Quellen des Marktversagens: nicht-rationales Verhalten, unzureichende oder asymmetrische Information, Externalitäten und zeitinkonsistente Präferenzen (die Probleme der Selbstkontrolle im zeitlichen Verlauf mit sich bringen).

Da eine ausführliche Behandlung und Darlegung dieser Elemente des Marktversagens über den Umfang dieses Textes hinausgeht (mehr dazu in Suhrcke et al. 2006), sollen hier nur kurz die wesentliche Punkte zusammengefasst werden:

- Es gibt einen breiten Konsens darüber, dass Teile der Bevölkerung – insbesondere Kinder und Jugendliche – (noch) nicht die rational handelnden Personen sind, wie sie die ökonomische Theorie skizziert. Daher sollten staatliche Eingriffe, die versuchen, die Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen zu beeinflussen, prinzipiell eine größere ökonomische Unterstützungsbasis finden als Interventionen, die auf Erwachsene abzielen.
- Die Existenz von „Kosten“ (gesundheitlicher oder sozialer Art), die aufgrund des Verhaltens des Einzelnen auftreten, jedoch von der Gesellschaft getragen werden (*Externalitäten*) oder Familienmitglieder betreffen (*Quasi-Externalitäten*), können ebenfalls die Intervention des Staates rechtfertigen, auch wenn diese Kosten typischerweise – im Vergleich zu den internen Kosten – deutlich geringer ausfallen.
- Information ist ein öffentliches Gut und wird oft unzureichend, das heißt unterhalb des sozialen Optimums angeboten. Daher besteht in dieser Situation meist die Notwendigkeit sowie die ökonomische Sinnhaftigkeit des Staates, sich einzubringen und Information bereitzustellen. Es besteht jedoch begründeter Zweifel, ob Informationsbereitstellung allein der richtige Schlüssel zur Verhaltensänderung ist.
- Eine erst vergleichsweise neu definierte Rechtfertigung staatlicher Intervention beruht auf Erkenntnissen der Verhaltensökonomie und birgt die Vorstellung von zeitinkonsistenten Präferenzen: Individuen bevorzugen offensichtlich häufig den sofortigen Nutzen – entgegen ihrer langfristig gesehenen besten Interessen.

Somit gibt es durchaus Ansatzpunkte einer ökonomischen, effizienzbasierten Rechtfertigung staatlichen Handelns im Präventionsbereich. Zusammen mit einer ökonomischen Evaluation komplettiert damit diese Ausführung das „ökonomische Argument“.

### *Ist Prävention kosteneffektiv?*

Die Existenz von Marktversagen sagt nichts darüber aus, ob auch evidenzbasierte Interventionen verfügbar sind, mithilfe derer die Auswirkungen des Marktversagens korrigiert werden können. Der Versuch, das Marktversagen zu beheben, ist nur dann ökonomisch sinnvoll, wenn die mit einer Intervention verbundenen Kosten geringer ausfallen als die – in geeigneter Weise gemessenen – „Nutzen“. Ist dies nicht der Fall, dann wäre es effizienter, sich mit der Existenz des Marktversagens abzufinden und nicht zu intervenieren. Der Nachweis der Kosteneffektivität der Prävention ist demnach ein ebenso wichtiger Bestandteil des ökonomischen Arguments wie der Nachweis des Marktversagens. Marktversagen und Kosteneffektivität sind auch in umgekehrter Richtung miteinander verbunden: Kosteneffektivität allein genügt nicht zur Begründung eines staatlichen Eingriffs. Erweist sich nämlich eine gebende Intervention als besonders lohnend, so mag es gar nicht erst der staatlichen Aktivität bedürfen, da hinreichend Anreize für private Investoren und Investorinnen bestehen könnten.

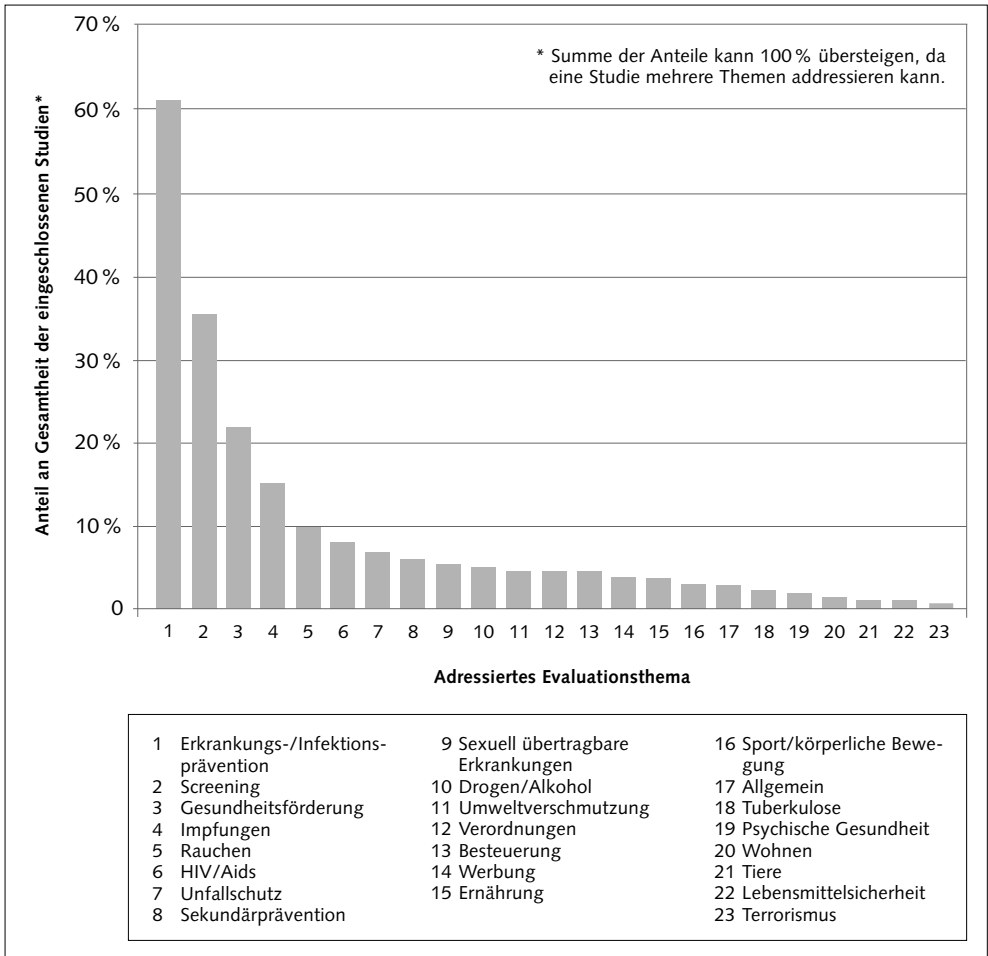


Abb. 3: Ökonomische Evaluationen nach Interventionsziel. Quelle: McDaid und Needle (2006).

Manche Autoren bzw. Autorinnen behaupten, es gäbe kaum oder gar keine Evidenz für die Effektivität von Primärprävention, insbesondere Gesundheitsförderung, geschweige denn für die Kosteneffektivität jener Interventionen. Diese pessimistischen Äußerungen halten jedoch glücklicherweise einer sorgfältigen Untersuchung der wissenschaftlichen Literatur nicht stand. Insbesondere in den letzten Jahren wurden einige systematische Übersichtsarbeiten zu diesem Thema veröffentlicht. Zuerst lässt sich feststellen, dass die Anzahl der relevanten Publikationen zur ökonomischen Evaluierung von öffentlichen Gesundheitsversorgungsmaßnahmen in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. Betrug die Anzahl der wissenschaftlichen Publikationen zum Ende der 1980er-Jahre



noch ungefähr 20 Veröffentlichungen im Jahr lag, so stieg sie bis 2004 auf über 100 solcher Studien im Jahr an (McDaid und Needle 2006).

Diese Zahlen dokumentieren das gestiegene Interesse an ökonomischen Evaluationen von Gesundheitsförderungsprogrammen. So hat nicht zuletzt die OECD ein groß angelegtes Projekt zur Ökonomie der Prävention ins Leben gerufen (Sassi und Hurst 2008), wenn auch bislang ohne aktive deutsche Beteiligung. Die internationale wissenschaftliche Literatur zum Thema, gerade in jüngster Zeit, ist ebenfalls beachtlich.<sup>12</sup>

Ein genauer Blick in die gesichtete Literatur zeigt viele sorgfältige Untersuchungen (siehe Abbildung 3 für eine Übersicht der existierenden Studien nach Interventionsziel). Diese Studien tragen erheblich dazu bei, die Kosten und Nutzen der Gesundheitsförderung zu verstehen – aus gesamt- und teilgesellschaftlicher Perspektive.

Einige dieser jüngeren Arbeiten haben die vorhandene Evidenz zur Kosteneffektivität von Prävention zusammengefasst und kritisch untersucht. Hier möchte ich insbesondere auf

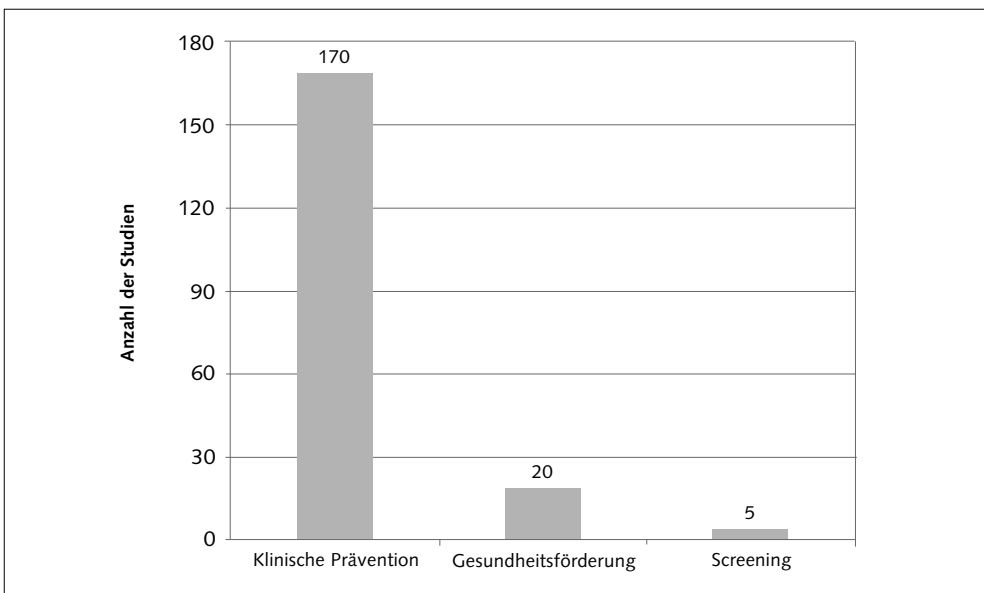


Abb. 4: Verteilung der ökonomischen Evaluationen zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen nach der Art ihrer Intervention. Quelle: Schwappach et al. 2007.

<sup>12</sup> Siehe zum Beispiel Schwappach et al. 2007, Shiell und McIntosh 2006, Zechmeister et al. 2008, Klever-Deichert und Lauterbach 2007, Abelson 2003, Matrix Evidence and Bazian 2008, Cohen et al. 2008, Grosse et al. 2007, Gaziano et al. 2007, LeGrand et al. 2009, Russel 2007, Winterthur 2004.

die Ergebnisse einer Studie von Schwappach, Boluarte und Suhrcke (2007) eingehen, die sich auf die Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen (KVK) konzentrierte. Die Analyse schloss Zeitschriftenartikel ein, die im Zeitraum 1995–2005 veröffentlicht wurden. Die umfassende schlüsselwortbasierte Recherche nutzte generische und spezifische elektronische Datenbanken und führte manuelle Suchstrategien in Experten-Datenbanken zu Kosten-Nutzen-Analysen und deutschen Krankheitskostenstudien durch: Insgesamt entsprachen 195 Studien allen relevanten Einschlusskriterien.

Als positive Erkenntnis des Reviews ist hervorzuheben, dass es eine bemerkenswerte Anzahl relevanter ökonomischer Evidenz für KVK-Prävention gibt. Innerhalb der existierenden Evidenz konstatiert die Studie allerdings eine eindeutige Dominanz klinischer Interventionen und vergleichsweise geringe nichtklinische Interventionsevidenz aus dem Bereich der Gesundheitsförderung (vgl. Abbildung 4 auf S. 47).

Der relative Mangel an ökonomischer Evidenz zur Gesundheitsförderung bedeutet nicht, es gäbe keinerlei derartige Evidenz. Ein Bereich mit relativ guter wissenschaftlicher Absicherung betrifft die Prävention des Tabakkonsums, im Besonderen Maßnahmen zur Aufgabe des Rauchens und zur Tabakbesteuerung (Ye et al. 2006, van Baal et al. 2006). Die Studie von Wang et al. (2001) zum Beispiel zeigt, dass die Vermeidung von Nikotinkonsum bei Schulkindern nicht nur kosteneffektiv ist, sondern sogar Kosteneinsparungen mit sich bringen könnte. Es handelt sich um eine der wenigen Studien, die explizit Jugendliche als Zielgruppe einschließen. In einer anderen viel zitierten Studie zeigen Murray et al. (2003), dass die kosteneffektivste Strategie zur Vermeidung kardiovaskulärer Krankheiten eine Kombination folgender Interventionen ist:

1. gesetzliche Maßnahmen zur Einschränkung des Salzgehalts in verarbeiteten Nahrungsmitteln sowie angemessene Beschriftung der Nahrungsmittel,
2. Gesundheitsaufklärung durch Fernsehen und Printmedien mit Schwerpunkt auf Body Mass Index und Cholesterinwerte,
3. Behandlung von Menschen mit einem mutmaßlich erhöhten kurzfristigen Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse mit Statinen, Diuretika, Betablocker und Aspirin.

Insgesamt weist der Review von Schwappach et al. (2007) allerdings auch auf eine Reihe von Grenzen der Evidenz (zusätzlich zu dem bereits erwähnten klinischen Bias) sowie des gewählten Reviewverfahrens hin:

- Nur selten wurden Interventionen bei Kindern oder Jugendlichen ökonomisch bewertet, unbeachtet des allgemein erwarteten hohen Nutzens frühzeitiger Prävention.
- Die aufgezeigten methodischen Unterschiede der verschiedenen Studien schränken die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erheblich ein.
- Das Reviewverfahren kann den sehr wahrscheinlich bestehenden Publikationsbias nicht korrigieren. Jener Bias resultiert daraus, dass Studien mit positiven Ergebnissen zu Interventionen überrepräsentiert sind, weil in der Regel Studien mit insignifikanten oder negativen Ergebnissen geringere Aussichten haben, publiziert zu werden. Diese Art von Verzerrung ist für die biomedizinische Literatur gut dokumentiert und

schränkt zweifelsohne die Repräsentativität systematischer Reviews ein. Da wir aber nur Informationen identifizieren, reviewen und zusammenfassen können, *die veröffentlicht wurden*, fehlt es uns an Informationen, *die nicht publiziert wurden*.

### **Warum gibt es nicht mehr Effektivitäts- und Kosteneffektivitätsevidenz zur Primärprävention?**

Der Mangel an ökonomischen Evaluationen für Programme der Gesundheitsförderung hängt stark mit den großen Forschungslücken bei der Effektivitätsanalyse in diesem Bereich zusammen. Bei näherer Betrachtung werden die Gründe hierfür deutlich: Während beispielsweise die Pharmaindustrie ein großes Interesse daran hat, die Vorteilhaftigkeit ihrer Produkte darzulegen, weil sie die Kosten der damit verbundenen Forschung über die Preisgestaltung wieder einspielen kann (etwa durch Patentierung), ist diese Möglichkeit für Forscher und Forscherinnen im Bereich der nichtklinischen Primärprävention nicht gegeben.

Das in diesem Bereich produzierte und publizierte Wissen wird zum öffentlichen Gut, weil in den meisten Fällen jeder die empfohlene Intervention umsetzen kann, ohne großen Forschungsaufwand und große Forschungskosten auf sich zu nehmen. Der Anreiz für die Forscherin bzw. den Forscher ist somit vergleichsweise gering – mit dem für öffentliche Güter üblichen Resultat, dass zu wenig von ihnen produziert wird, es sei denn, der Staat greift in geeigneter Weise ein. Wie eingangs in Tabelle 1 dargestellt, hinkt die staatliche Förderung der Präventionsforschung allerdings bislang sehr der klinischen Forschungsförderung hinterher.

### **3.1.3. Schlussfolgerungen**

Ziel des Vortrags war es, aus vorwiegend internationaler Perspektive einen Überblick zu ausgewählten ökonomischen Kernaspekten der Prävention zu liefern. Bevor ich dargestellt habe, was mit der „ökonomischen Perspektive der Prävention“ gemeint ist, habe ich zunächst versucht zu klären, was nicht damit gemeint ist: Obwohl das Potenzial der Prävention, Kostenersparnisse zu realisieren, immer wieder gern in der wissenschaftlichen und politischen Diskussion ins Feld geworfen wird, sollte davon abgesehen werden, Kostenersparnis als relevantes ökonomisches Kriterium von Prävention darzustellen. Zum einen, weil es eine unrealistische und – mit wenigen Ausnahmen – von der empirischen Evidenz nicht unterstützte Hypothese ist. Zum anderen, weil die Beurteilung, ob Prävention lohnend im ökonomischen Sinn ist, nichts mit dem viel zu ambitionierten Ziel der Kostenersparnis zu tun hat. Prävention kostet Geld, aber wenn damit ein hinreichend großer Gesundheitsgewinn erkaufte wird, dann ist Prävention seine Kosten „wert“. Genauso wenig kann erwartet werden, dass Vorbeugen *immer* besser, das heißt lohnender als Heilen ist. Es muss von Fall zu Fall geprüft werden, was „besser“ ist – jegliche Pauschalurteile sind einer rationalen Debatte über den Wert der Prävention abträglich.

Prävention kann dann als ökonomisch vorteilhaft bezeichnet werden, wenn sie kosteneffektiv ist oder ein positives Nutzen-Kosten-Verhältnis aufweist. Gerade in jüngster Zeit ist das Interesse an der ökonomischen Bewertung von Prävention beachtlich gestiegen. Ich habe auf die einschlägige Literatur verwiesen und mich exemplarisch mit der ökonomischen Evaluation in einem besonders wichtigen, aber auch schwierigen Bereich befasst: der Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen. Zweifelsohne existiert eine Reihe von ökonomisch „wertvollen“ Interventionen in diesem Bereich. Dennoch können gewisse Probleme und Defizite in der Evidenz nicht übersehen werden, insbesondere die relative Knappheit nichtklinischer Interventionen im Vergleich zu klinischer Primärprävention – ein Ergebnis, das die Rolle des Staates in der Forschungsförderung in diesem Bereich unterstreicht.

Während Kosteneffektivität – im allgemeinen Sinne – eine zentrale Komponente des ökonomischen Arguments darstellt, ist es für Ökonomen und Ökonominen mindestens ebenso wichtig, eine grundlegende Legitimation staatlichen Handelns zu liefern. Dies ist für viele Ökonomen und Ökonominen – bei oberflächlicher Betrachtung – besonders fraglich, wenn es um die Prävention chronischer Erkrankungen geht – ein Bereich, bei dem der Staat etwa durch Regulierung, Besteuerung oder Verbote mitunter sehr in die individuelle Freiheit des Einzelnen eingreift. Besteht jedoch der begründete Verdacht auf ein Marktversagen, was durchaus der Fall zu sein scheint, so sieht auch der Ökonom bzw. die Ökonomin zumindest im Prinzip staatliche Eingriffe als gerechtfertigt an. Wenn diese Eingriffe auch noch einen Nettogewinn für die Gesellschaft als Ganze beizusteuern versprechen, dann und erst dann ist das ökonomische Argument vollständig.

## Literatur

- Abelson, P. (2003): Returns on Investment in Public Health – An Epidemiological and Economic Analysis. Prepared for The Department of Health and Aged Care by Applied Economics.
- Cadmus, R. R. (1994): Prevention: good medicine, but not good economics. *Hospitals & Health Networks* 68 (7), pp. 8.
- Centers for Disease Control and Prevention (1999): An ounce of prevention ... What are the returns? 2<sup>nd</sup> ed., rev. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services.
- Chernew, M. E., Goldman, D. P., Pan, F., Shang, B. (2005): Disability and health care spending among Medicare beneficiaries. *Health Affairs*, Web Exclusive, W5 – R42–52.
- Cohen, J., Neumann, P., Weinstein, M. (2008): Does preventive care save money? Health economics and the presidential candidates. *N Engl J Med* 2008, 358, pp. 661–663.
- Fries, J., Koop, C. E., Beadle, C. E., Cooper, P. P., England, M. J., Greaves, R. F., Sokolov, J. J., Wright, D. (1993): Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New England Journal of Medicine* 329 (5), pp. 321–25.
- Fries, J. F., Koop, C. E., Sokolov, J., Beadle, C. E., Wright, D. (1998): Beyond health promotion: Reducing need and demand for medical care. *Health Affairs* 17 (2), pp. 70–84.
- Gaziano, T. A., Galea, G., Reddy, K. S. (2007): Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet* 2007, 370, pp. 1939–1946.
- Goldman, D. P., Cutler, D. M., Shang, B., Joyce, G. F. (2006): The value of elderly disease prevention. *Forum for Health Economics and Policy, Biomedical Research and the Economy Article 1*, The Berkeley Electronic Press. [www.bepress.com/fhep](http://www.bepress.com/fhep), 1–27.

- Goldsmith, L., Hutchison, B., Hurley, J. (2004): Economic evaluation across the four faces of prevention: A Canadian perspective. Ottawa: Canadian Coalition for Public Health in the 21<sup>st</sup> Century.
- Grosse, S. D., Teutsch, S. M., Haddix, A. C. (2007): Lessons from cost-effectiveness research for United States public health policy. *Annu Rev Public Health* 2007, 28, pp. 365–391.
- Harvey, K. (1998): Health promotion is a waste of time and money. *British Medical Journal* 317 (7162), p. 887.
- Kenkel, D. S. (2000): Prevention. In: Culyer, A. J., Newhouse, J. P. (eds.): *Handbook of Health Economics*, Vol. 1B. The Netherlands, Elsevier Science BV, pp. 1676–1720.
- Klever-Deichert, G., Lauterbach, K. (2007): Evaluation international erfolgreicher Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung unter der Perspektive der Übertragbarkeit auf Deutschland. Köln, Projektbericht für die Hans-Böckler-Stiftung.
- Lakdawalla, D. N., Goldman, D. P., Shang, B. (2005): The health and cost consequences of obesity among the future elderly. *Health Affairs Web Exclusive*, 26 September 2005, W 5 – R 30–41.
- LeGrand, J., Titmuss, R., Srivastata, D. (2009): Incentives for Prevention. *Health England Report No. 3*.
- Matrix Evidence and Bazian (2008): Prioritising investments in public health. For the Department of Health (UK).
- McDaid, D., Needle, J. (2006): *Economic evaluation and public health: mapping the literature*. Cardiff, Welsh Assembly Government.
- Murray, C. J. L., Lauer, J. A., Hutubessy, R. C. W., Niessen, L., Tomijima, N., Rodgers, A., Lawes, C. M. M., Evans, D. B. (2003): Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol – a global and regional analysis on reduction of cardiovascular disease risk. *Lancet* 2003, 361, pp. 717–725.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2006): *OECD health data 2006*. Database on CD-ROM. Paris, OECD.
- Rush, B., Shiell, A., Hawe, P. (2004): A census of economic evaluations in health promotion. *Health Education Research*, 2004, 19, pp. 707–719.
- Russell, L. B. (1986): *Is prevention better than cure?* Washington, DC, The Brookings Institution.
- Russell, L. B. (1993): The role of prevention in health reform. *New England Journal of Medicine* 329 (5), pp. 352–54.
- Russel, L. B. (2007): *Prevention's Potential for Slowing the Growth of Medical Spending*.
- Sassi, F., Hurst, J. (2008): *The Prevention of Lifestyle-Related Chronic Diseases: an Economic Framework*. OECD Health Working Paper No. 32.
- Schwappach, D. L. B., Boluarte, T. A., Suhrcke, M. (2007): The economics of primary prevention of cardiovascular disease – a systematic review of economic evaluations. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 2007, 5, p. 5.
- Shiell, A., McIntosh, C.: Some economics of health promotion: what we know, don't know, and need to know before deciding how much to spend on promoting the public's health. *Harvard Health Policy Review* 2006, 7, pp. 21–31.
- Suhrcke, M., Nugent, R., Stuckler, D., Rocco, L. (2006): *Chronic Disease: An Economic Perspective*. London, Oxford Health Alliance.
- UK Clinical Research Collaboration (2006): *UK Health Research Analysis 2006*.
- van Baal, P. H., Brouwer, W. B., Hoogenveen, R. T., Feenstra, T. L. (2006): Increasing tobacco taxes: A cheap tool to increase public health. *Health Policy*. Epub: Published online as doi: 10.1016/j.healthpol.2006.09.004.
- Wang, L. Y., Crossett, L. S., Lowry, R. et al. (2001): Cost-effectiveness of a school-based tobacco-use prevention program. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 155, pp. 1043–50.
- Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (2004): *Ökonomische Beurteilung von Gesundheitsförderung und Prävention*. Winterthur.
- World Health Organization (2004): *The world health report 2004: changing history*. Geneva, World Health Organization.

- Ye, C. Y., Lee, J. M., Chen, S. H. (2006): Economic gains and health benefits from a new cigarette tax scheme in Taiwan: A simulation using the CGE model. *BMC Public Health* 6, p. 62. Epub: Published online March 10. doi: 10.1186/1471-2458-6-62.
- Zechmeister, I., Kilian, R., McDaid, D. (2008): Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health* 2008, 8, p. 20.

# 3.2

## Prävention aus ethischer Perspektive

Georg Marckmann

3

### 3.2.1. Einführung

Der Gesundheitszustand eines Menschen unterliegt verschiedenen individuellen und systemischen Einflussfaktoren: Neben einer genetischen Disposition spielen sowohl das individuelle Gesundheitsverhalten als auch gesellschaftliche Einflüsse eine wesentliche Rolle. In den letzten 100 Jahren hat sich das Morbiditäts- und Mortalitätspektrum in den Industrieländern erheblich gewandelt. Nicht mehr akute Infektionen, sondern chronische Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, der Atmungsorgane oder des Stoffwechsels (Diabetes) sowie Krebserkrankungen bestimmen in den Industrieländern die Morbidität und Mortalität. Viele dieser Erkrankungen hängen nicht nur von einer genetischen Veranlagung und exogenen Risikofaktoren ab, sondern vor allem auch von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen: Hierzu zählt zum einen die Förderung von gesundheitlichen Schutzfaktoren – wie körperliche Aktivität oder eine ausgewogene Ernährung – und zum anderen die Vermeidung von gesundheitlichen Risikofaktoren wie zum Beispiel Fehlernährung, Bewegungsmangel oder ein übermäßiger Konsum von Genussmitteln. Will man folglich die Krankheitslast verringern, erscheint es geboten, vermehrt auf Präventionsmaßnahmen zurückzugreifen, die den Einzelnen zu einer gesundheitsförderlichen Einstellung und Lebensweise anhalten und exogene gesundheitsschädigende Einflüsse reduzieren.

Bei Präventionsmaßnahmen, die versuchen, das Verhalten von Individuen oder Gruppen positiv zu beeinflussen, ist allerdings zu berücksichtigen, dass das gesundheitsrelevante Verhalten erheblich von der Sozialisation, von den Einkommens-, Arbeits-, Wohn- und Lebensverhältnissen sowie vom sozialen Beziehungsgefüge beeinflusst ist. Neben die *Verhaltensprävention* muss folglich die *Verhältnisprävention* treten, die versucht, über eine Gestaltung des soziokulturellen Umfelds die Voraussetzungen für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu verbessern.

In ethischer Hinsicht ergeben sich hier zwei Fragenkomplexe:

- 1) Maßnahmen zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, die an den Lebensverhältnissen der Menschen ansetzen, können mit den Interessen des Einzelnen an einer freien und selbstbestimmten Lebensgestaltung kollidieren. Ob und ggf. welche Einschnitte in die Freiheit des Individuums ethisch vertretbar sind, diskutieren die Abschnitte 3.2.3–3.2.5; in Abschnitt 3.2.6 werden diese Überlegungen exemplarisch auf Impfmaßnahmen angewendet.
- 2) Welche Verantwortung trägt der Einzelne für die eigene Gesundheit? Inwieweit kann er für Erkrankungen verantwortlich gemacht werden, an deren Entstehung er durch

ein gesundheitsschädigendes Verhalten beteiligt war? Diesen Fragen, die derzeit unter dem Schlagwort „Eigenverantwortung“ gesundheitspolitisch kontrovers diskutiert werden, widmet sich Abschnitt 3.2.7.

Zunächst aber werden im folgenden Abschnitt der empirische Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Krankheit sowie die daraus resultierenden ethischen Implikationen näher beleuchtet.

### **3.2.2. Soziale Ungleichheit und Krankheit**

Aus ethischer Sicht sind vor allem diejenigen Ungleichheiten bei Gesundheit und Krankheit bedenklich, die nicht aus der „natürlichen Lotterie“ resultieren (zum Beispiel genetische Veranlagung), sondern auf sozioökonomischen Voraussetzungen beruhen, die zumindest potenziell durch politische Maßnahmen beeinflussbar sind. Inzwischen wurde in verschiedenen sozialepidemiologischen Untersuchungen nachgewiesen, dass soziale Ungleichheiten – gemessen an den Kriterien Bildung, Einkommen und beruflicher Status – einen wesentlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand und damit die Verwirklichung von Lebenschancen haben (zur Übersicht vgl. Siegrist und Möller-Leimkühler 2003). Demnach besteht ein systematischer Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Mortalität: Je ungünstiger der soziale Status, desto höher die Sterblichkeit. Dabei sind nicht nur die Mitglieder der untersten sozialen Schichten gegenüber dem Rest der Gesellschaft benachteiligt. Es existiert vielmehr ein sozialer Gradient über alle gesellschaftlichen Schichten hinweg.

Die wegweisende britische Whitehall-Studie konnte bei Beschäftigten im öffentlichen Dienst auch für chronische Erkrankungen einen sozialen Schichtgradient nachweisen (Marmot 2004, Siegrist und Möller-Leimkühler 2003). Die Sterblichkeit infolge einer koronaren Herzkrankheit ist bei leitenden Beamten deutlich geringer als bei angelernten Angestellten. Diese Diskrepanz kann dabei nur etwa zu einem Viertel durch klassische Risikofaktoren wie Blutdruck, Rauchen oder Cholesterin erklärt werden. Offenbar haben mit dem Berufsstatus verbundene psychosoziale Einflussfaktoren wie die relative soziale Ungleichheit oder Benachteiligung erhebliche Auswirkungen auf den individuellen Gesundheitszustand. Hierfür existieren stresstheoretische Erklärungsmodelle (Siegrist und Möller-Leimkühler 2003).

Besorgniserregend ist dabei, dass der soziale Gradient für die koronare Herzkrankheit in Großbritannien in den letzten 30 Jahren deutlich steiler wurde. Beim Rauchen manifestiert sich ein ähnlicher Trend: Während der Anteil der Raucherinnen und Raucher in der reichsten Bevölkerungsschicht von über 40 % auf unter 20 % fiel, blieb der Anteil in der ärmsten Bevölkerungsschicht bei leicht steigender Tendenz über 70 %. Auch für Deutschland ist der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheitszustand der Menschen empirisch nachgewiesen.



Ist dieser soziale Schichtgradient bei Mortalität und Morbidität unvermeidlich? Internationale Vergleiche zeigen, dass es keinen direkten Zusammenhang zwischen dem Wohlstand eines Landes – gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP) – und den gesundheitlichen Outcomes gibt (Daniels et al. 2004). Ein Beispiel mag dies verdeutlichen: Das Pro-Kopf-BIP der USA übertrifft dasjenige von Costa Rica um ungefähr 21 000 US-Dollar, während die Lebenserwartung in Costa Rica höher ist als in den USA (76,6 versus 76,4 Jahre). Der soziale Gradient bei Morbidität und Mortalität ist folglich keine notwendige Folge der ökonomischen Entwicklung, sondern Resultat soziokultureller Faktoren und politischer Entscheidungen. Die internationalen Untersuchungen belegen: Je größer die Einkommensunterschiede in der Bevölkerung sind, desto steiler ist der soziale Gradient. Dabei erscheint der relative sozioökonomische Status als Gesundheitsdeterminante ebenso wichtig wie das absolute Einkommensniveau. US-Staaten mit einer ungleichen Einkommensverteilung investieren weniger in öffentliche Bildung und soziale Sicherungssysteme, was die schlechteren gesundheitlichen Outcomes erklären könnte (Daniels et al. 2004, Kaplan et al. 1996). Mit großen Einkommensdiskrepanzen gehen häufig eingeschränkte politische Partizipationsmöglichkeiten einher, wodurch die Regierungen weniger auf die Gesundheitsbedürfnisse armer Bevölkerungsschichten reagieren.

Wie ist der Zusammenhang zwischen sozialen Ungleichheiten und Krankheit ethisch zu bewerten? Grundsätzlich sind hier zwei Argumentationslinien denkbar. Sofern die sozialen Ungleichheiten selbst eine Ungerechtigkeit darstellen, sind auch die damit verbundenen gesundheitlichen Diskrepanzen ungerecht. Alternativ kann die Argumentation am besonderen Status des Gutes „Gesundheit“ ansetzen: Als transzendentes Gut stellt die Gesundheit eine Basisvoraussetzung für die Verwirklichung von Lebenszielen und damit für eine Chancengleichheit in der Gesellschaft dar. Folgt man der Argumentation von Norman Daniels im Anschluss an die Gerechtigkeitstheorie von John Rawls, so ist es aus Gerechtigkeitsgründen geboten, die Voraussetzungen für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit zu gewährleisten. Legt man die hier vorgestellten Forschungsergebnisse zu den gesellschaftlichen Determinanten der Gesundheit zugrunde, sprechen überzeugende gerechtigkeitsethische Argumente dafür, nicht nur einen allgemeinen, einkommensunabhängigen Zugang zur medizinischen Versorgung zu gewährleisten, sondern auch bevölkerungsbezogene Maßnahmen zu ergreifen, die darauf abzielen, soziale Ungleichheiten und Benachteiligungen zu reduzieren, die nachweislich mit schlechteren Gesundheitschancen verbunden sind. Dabei erscheint es weder praktikabel noch ethisch zwingend erforderlich, alle sozial bedingten Ungleichheiten im Gesundheitszustand zu eliminieren. Soziale Ungleichheiten sollten dann nicht weiter reduziert werden, wenn dies die gesamtgesellschaftliche Produktivität so stark beeinträchtigt, dass nicht mehr genug Ressourcen für die Beseitigung gesundheitlicher Disparitäten übrig bleiben. In Anlehnung an das Rawls'sche Differenzprinzip könnte man argumentieren, dass sozioökonomische Ungleichheiten und die damit verbundenen gesundheitlichen Disparitäten nur ethisch akzeptabel sind, wenn sie den am wenigsten Begünstigten den größtmöglichen Vorteil bringen (Rawls 1975, S. 336).

Die sozialempririschen Befunde und gerechtigkeitsethischen Überlegungen haben politische Implikationen: Eine effektive und gerechte Gesundheitspolitik muss intersektoral ausgerichtet sein und einkommens-, arbeitsmarkt- und bildungspolitische Maßnahmen umfassen (Schwartz 2003). Nur auf diese Weise lassen sich gesellschaftliche Determinanten der Gesundheit wie die relative Benachteiligung von Bevölkerungsschichten beeinflussen und damit die sozial bedingten Ungleichheiten bei Gesundheit und Krankheit verringern. Erforderlich sind insbesondere Frühfördermaßnahmen für Kinder (Bildung und Ernährung), Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und ein Ausgleich der Einkommensverteilung (Bekämpfung von Armut). Darüber hinaus lassen sich Prioritäten für die Durchführung von Präventionsmaßnahmen im engeren Sinne ableiten: Sie sollten vor allem bei denjenigen Bevölkerungsgruppen ansetzen, die aufgrund ihres sozioökonomischen Status in ihren Gesundheitschancen benachteiligt sind.

### 3.2.3. Konflikte mit der Entscheidungsautonomie

Verschiedene Präventionsmaßnahmen wie zum Beispiel die Gurtpflicht für Autofahrerinnen und Autofahrer oder Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden schränken staatlich sanktioniert die Handlungsfreiheit der Bürgerinnen und Bürger ein. Sind diese Eingriffe in die Autonomie des Einzelnen ethisch vertretbar? Ziel der Maßnahmen ist eine Reduktion der – im vorliegenden Beispiel durch Verkehrsunfälle oder durch das (Passiv-)Rauchen bedingten – Morbidität und Mortalität innerhalb der Bevölkerung, die im Sinne eines Paternalismus letztlich auch dem Einzelnen zugute kommen soll. Allerdings verändern sich die ohnehin niedrigen Gesundheitsrisiken für den Einzelnen nur in einem geringen Ausmaß, auch wenn auf die Gesamtbevölkerung bezogen viele Todesfälle und schwere Erkrankungen verhindert werden können.

Bei dieser *Bevölkerungsstrategie* müssen viele Personen an Präventionsmaßnahmen teilnehmen, obwohl nur wenige einen direkten Nutzen durch eine verlängerte Lebenszeit haben (Walter und Schwartz 2003). Mit Präventionsmaßnahmen für Hochrisikopopulationen (*Risikogruppenstrategie*) könnte man die Risikoreduktion für den Einzelnen zwar steigern, insgesamt wäre der Effekt auf die Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung jedoch deutlich geringer, da die meisten Erkrankungs- und Todesfälle bei durchschnittlichen Risiken auftreten. Die Risikogruppenstrategie weist in der Regel ein günstigeres Kosten-Nutzen-Profil auf und ist ethisch weniger problematisch, da der Präventionsaufwand für den Einzelnen häufig mit einem Nutzen verbunden ist. Bei der Bevölkerungsstrategie fallen Aufwand und Nutzen der Präventionsmaßnahmen hingegen nur selten zusammen, sodass der gesundheitsbezogene Anreiz für den Einzelnen gering bleibt, an den Präventionsmaßnahmen teilzunehmen. Oft sind deshalb gesetzliche Regelungen erforderlich (zum Beispiel Gurtpflicht), die in die Handlungsfreiheit des Einzelnen eingreifen. Die ethische Grundfrage lautet dabei: Welche „Eingriffe“ in die individuelle Autonomie sind gerechtfertigt, um die populationsbezogenen Ziele von Präventionsmaßnahmen zu erreichen?

### 3.2.4. Ethische Anforderungen an Präventionsmaßnahmen

Allgemein hängt die ethische Legitimität von Präventionsmaßnahmen davon ab, ob bzw. in welchem Ausmaß die folgenden Anforderungen erfüllt sind (Marckmann 2006):

#### 1. Nachgewiesene Wirksamkeit

Die Wirksamkeit der Präventionsmaßnahmen auf die Morbidität und Mortalität der Zielpopulation ist wissenschaftlich mit hinreichender Sicherheit nachgewiesen. Dies setzt eine klare Definition der Interventionsziele voraus.

#### 2. Günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis

Geringen Belastungen und Risiken für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Präventionsmaßnahmen steht ein großer populationsbezogener Nutzen in Gestalt einer reduzierten Morbidität und Mortalität gegenüber (zum Beispiel Sicherheitsgurte im Straßenverkehr).

#### 3. Akzeptables Kosten-Nutzen-Verhältnis

Das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Präventionsmaßnahmen sollte angesichts der begrenzt verfügbaren öffentlichen Ressourcen in einem vertretbaren Rahmen liegen.

#### 4. Möglichst geringe Restriktivität

Bevor Präventionsmaßnahmen gesetzlich vorgeschrieben werden und damit erheblich in die Entscheidungsfreiheit des Einzelnen eingreifen, sollte man versuchen, durch (finanzielle und nichtfinanzielle) Anreize und Steuerungsinstrumente eine sekundäre Motivation zur Teilnahme zu schaffen, da dies dem Einzelnen einen größeren Freiraum für subjektive Abwägungen lässt.

#### 5. Faire und transparente Entscheidungsverfahren

Die Präventionsmaßnahmen sind in einem fairen, demokratisch legitimierten Entscheidungsverfahren eingeführt worden. Dies ist erforderlich, da vor allem die Bedingungen 2 und 3 individuelle Bewertungen und Abwägungen erfordern (Belastung, Risiko, Nutzen, Kosten), für die es keinen aus der ethischen Theorie ableitbaren Standard gibt. Auch die Frage, welche Restriktivität angesichts des erwarteten gesundheitlichen Nutzens noch akzeptabel ist, lässt sich nicht a priori entscheiden.

Diese Anforderungen sind bei jeder Präventionsmaßnahme neu zu prüfen. Eine besondere Herausforderung der Abwägung von Nutzen und Risiken besteht darin, dass der Nutzen einerseits und die Risiken und Belastungen andererseits bei unterschiedlichen Individuen auftreten können (zum Beispiel Herdenimmunität bei Impfmaßnahmen).

### 3.2.5. Bewertung von Präventionsmaßnahmen: ein Stufenschema

In Abhängigkeit davon, inwieweit die ethischen Anforderungen jeweils erfüllt sind, ergeben sich unterschiedliche Argumentationskonstellationen, die eine jeweils unterschiedlich starke Beeinflussung der Entscheidungsfreiheit des Einzelnen rechtfertigen. Auch Argumente für oder gegen eine öffentliche Finanzierung lassen sich aus der Bewertung

ableiten. Ideal wäre eine Konstellation, bei der einer geringen Belastung und niedrigen gesundheitlichen Risiken für den Einzelnen ein großer populationsbezogener Nutzen gegenübersteht, verbunden mit einem günstigen Kosten-Nutzen-Verhältnis.

Je nach individueller und kollektiver Abwägung von Nutzen, Risiken und Kosten lassen sich unterschiedliche Empfehlungsstärken unterscheiden, die mit jeweils unterschiedlichen Anreizen und Kostenübernahmeregelungen durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verbunden werden können (Marckmann 2008). Die Empfehlungsstärke nimmt dabei von der Stufe 1 bis zur Stufe 5 zu: Während bei der Stufe 1 („abraten“) gute Argumente gegen die Durchführung der Präventionsmaßnahme sprechen, gibt es bei Stufe 5 („gesetzlich verpflichtend“) zwingende Gründe, eine allgemeine Impfpflicht gesetzlich zu verankern.

**Stufe 1:** Von der Präventionsmaßnahme *abraten*, keine Kostenübernahme durch die GKV.

**Stufe 2:** Präventionsmaßnahme *anbieten*, keine explizite Empfehlung, eventuell Kostenübernahme durch die GKV. In diesem Fall obliegt es wesentlich der Entscheidung des Einzelnen, ob die Präventionsmaßnahme durchgeführt werden soll oder nicht.

**Stufe 3:** Präventionsmaßnahme anbieten und *empfehlen*, ggf. proaktive Maßnahmen (zum Beispiel Informationskampagnen) zum Erreichung einer höheren Teilnahmerate, Kostenübernahme durch die GKV.

**Stufe 4:** Präventionsmaßnahme anbieten, empfehlen und mit (monetären und nicht-monetären) *Anreizen* (für Versicherte oder Ärztinnen/Ärzte) versehen, um eine höhere Teilnahmerate zu erreichen, selbstverständlich Kostenübernahme durch die GKV.

**Stufe 5:** Präventionsmaßnahme ist *gesetzlich vorgeschrieben*, Nichtbefolgung kann unter Strafe stehen, Kostenübernahme durch die GKV oder Steuerfinanzierung.

Die Empfehlungsstufen 1 bis 5 decken idealtypisch das Spektrum möglicher Argumentationskonstellationen bei Präventionsprogrammen ab, durch die sich eine jeweils unterschiedlich starke Beeinflussung der Entscheidung des Einzelnen rechtfertigen lässt.

### 3.2.6. Ein Anwendungsbeispiel: Impfen

Am Beispiel des Impfens möchte ich im Folgenden aufzeigen, wie die in den vorangehenden Abschnitten vorgestellte ethische Krieriologie in der Praxis auf Präventionsmaßnahmen angewendet werden kann. Impfungen stellen häufig eine wirksame und kosteneffektive Maßnahme zur Prävention von Infektionskrankheiten dar. Impfungen schützen dabei nicht nur die geimpfte Person selbst. Zusätzlich profitieren auch ungeimpfte Personen, da eine hohe Durchimpfungsrate in der Bevölkerung die Ausbreitung eines Erregers verhindert und damit einen kollektiven Schutz herbeiführt. Da Infektionskrankheiten aufgrund verbesserter Hygienebedingungen und Impfungen bei uns keine akute Bedrohung der Bevölkerung mehr darstellen, ist die Notwendigkeit von Schutzimpfungen nicht mehr so leicht zu vermitteln. Die Impfraten sind weltweit eher

rückläufig, viele Menschen nehmen aus verschiedenen Gründen – religiöse Überzeugung, mangelndes Vertrauen in medizinische Maßnahmen, tatsächliche oder befürchtete Risiken der Impfung – nicht an den empfohlenen Impfmaßnahmen teil. Damit wird das Potenzial der verfügbaren effektiven und sicheren Impfstoffe, das heißt die Möglichkeit zur Senkung der infektionsbedingten Morbidität und Mortalität, nicht ausgeschöpft. Folglich stellt sich die Frage, welche Einflussnahme auf die Autonomie des Einzelnen gerechtfertigt ist, um eine höhere Durchimpfungsrate zu erzielen.

In Deutschland ist es immer noch nicht gelungen, die erforderliche Durchimpfungsrate von 95 % zu erreichen, um die Masern zu eliminieren. Da bei etwa 5 % der Geimpften nach nur einmaliger Impfung keine ausreichende Schutzwirkung resultiert, werden seit 1991 in Deutschland zwei Impfungen empfohlen. Die Schuleingangsuntersuchungen im Jahr 2004 ergaben eine Maserndurchimpfung von 93 % für die erste Impfung und von 66 % für die zweite Impfung, wobei die Quoten für die erste Impfung zwischen 91 % in Bayern, bis zu 97 % in Sachsen-Anhalt und für die zweite zwischen 58 % in Bremen und 80 % in Mecklenburg-Vorpommern schwanken (Epidemiologisches Bulletin 2006).

Aufgrund unzureichender Durchimpfungen gab es immer wieder regional begrenzte Masernausbrüche. Einer der bedeutendsten Ausbrüche seit Einführung der Meldepflicht im Jahr 2001 mit über 1700 Fällen ereignete sich im Frühjahr 2006 in Nordrhein-Westfalen (Epidemiologisches Bulletin 2006). 263 Patientinnen und Patienten mussten stationär behandelt werden, schwerwiegende Komplikationen wie Meningitis und Enzephalitis wurden mit einer Häufigkeit von 1:247 beobachtet. Zwei Säuglinge starben, da sie noch nicht geimpft werden konnten. Diese Fälle belegen, dass hier – wie bei anderen öffentlichen Gütern – individuelle Entscheidungen nicht zu einem sozialen Optimum führen. Das aktuell niedrige Infektionsrisiko lädt dazu ein, sich nicht impfen zu lassen und gleichzeitig von den Impfungen der anderen zu profitieren (Trittbrettfahrer-Verhalten).

Bei Masern handelt es sich um eine hochkontagiöse Infektionskrankheit, die mit einer erheblichen Morbidität bei gleichzeitig fehlender ursächlicher Behandlungsmöglichkeit verbunden ist, sodass eine klare Impfempfehlung gerechtfertigt ist (*Empfehlungsstufe 3*). Sofern – wie bei der Masernimpfung – eine Eradikation oder zumindest Eliminierung des Erregers möglich erscheint, sind darüber hinaus Anreize wie zum Beispiel Bonusregelungen für Ärztinnen und Ärzte oder Versicherte zur Erhöhung der Impfquote gerechtfertigt (*Stufe 4*), vor allem, wenn das Impfprogramm ein günstiges Kosten-Nutzen-Profil aufweist und damit eine lohnende Verwendung öffentlicher Gesundheitsressourcen darstellt. Nach Berechnungen von Windorfer würde eine Strategie zur Erhöhung der Impfquote bei Masern die zusätzlichen Kosten durch Einsparung von Kosten für die Masernbehandlung ausgleichen (Windorfer 2000). Durch den zusätzlich verbesserten Schutz der kombinierten MMR-Impfung gegen Mumps und Röteln könnten sogar Ressourcen eingespart werden, der Benefit-Cost-Ratio läge bei 1,89. Auch wenn dabei kein Zwang angewendet wird, stellt diese vierte Empfehlungsstufe eine vergleichsweise starke

Einflussnahme auf die Entscheidung des Einzelnen dar. Es sollten deshalb wissenschaftlich besonders gut belegte Gründe – hinsichtlich Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten-Nutzen-Verhältnis – für die Durchführung des Impfprogramms sprechen.

Da sich in Deutschland trotz klarer Empfehlung noch keine ausreichende Durchimpfung eingestellt hat, stellt sich die Frage, ob nicht auch eine gesetzliche Impfpflicht gerechtfertigt wäre, wie sie zum Beispiel in vielen Staaten der USA existiert. Eine gesetzliche Impfpflicht greift stärker in die Entscheidungsfreiheit des Einzelnen ein und trägt deshalb eine größere ethische Begründungslast. In der Regel lassen sich Einschränkungen der Selbstbestimmung nur über das Prinzip des Nichtschadens rechtfertigen: Die Intervention muss erforderlich sein, um (erheblichen) Schaden für Dritte zu verhindern. Eine gesetzlich verankerte Impfpflicht wäre demnach gerechtfertigt, wenn nur auf diese Weise die Übertragung des Erregers und ein akuter Ausbruch einer Epidemie verhindert werden kann. Dies ist zum Beispiel in dem 2001 in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetz (IfSG) vorgesehen (§ 20, Abs. 6): „Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzuordnen, dass bedrohte Teile der Bevölkerung an Schutzimpfungen oder anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe teilzunehmen haben, wenn eine übertragbare Krankheit mit klinisch schweren Verlaufsformen auftritt und mit ihrer epidemischen Verbreitung zu rechnen ist.“

Das Erreichen einer hohen Durchimpfungsrate und der damit verbundenen Herdimmunität fällt demgegenüber in den Bereich der Wohltunungsverpflichtungen, bei der es scheint, als sei die Anwendung von Zwang kaum zu rechtfertigen. Sofern eine ausreichende Durchimpfung auf freiwilliger Basis erreichbar ist, sollten auch Eltern nicht zur Impfung ihrer Kinder gezwungen werden (Bradley 1999). Angemessener erscheint es vielmehr, Impfstrategien zu entwickeln, die die freie Entscheidung des Einzelnen respektieren und stattdessen versuchen, durch Information und Aufklärungskampagnen die Impfmotivation in der Bevölkerung zu erhöhen (Sadique 2006, Verweij und Dawson 2004). Hierfür ist es erforderlich, die den Entscheidungen des Einzelnen zugrunde liegenden Vorstellungen, Hoffnungen und Befürchtungen besser kennenzulernen, um auf diese gezielt reagieren zu können.

Planerinnen und Planer von Präventionsmaßnahmen sollten anerkennen, dass verschiedene soziale und religiöse Gruppen die Interventionen aus unterschiedlicher Perspektive wahrnehmen und bewerten. Nur wenn man weiß, aus welchen Gründen sich jemand einer empfohlenen Impfung entzieht, kann es gelingen, die betreffende Person vom – individuellen wie kollektiven – Nutzen der Impfung zu überzeugen und damit eine höhere Impfquote in der Bevölkerung zu erzielen. Eine effektive Risikokommunikation, die den betroffenen Personen sowohl die Risiken der Infektionskrankheit als auch die Risiken der Impfung verständlich macht, hat eine besondere Bedeutung für den Erfolg einer Impfstrategie (Salmon und Omer 2006, Ulmer und Liu 2002).

Bei der Masernbekämpfung bietet Finnland ein gutes Beispiel dafür, dass eine für die Eliminierung des Erregers ausreichende Impfquote von 95 % auch ohne Impfpflicht erreicht werden kann (Beske und Ralfs 2003). Seit 1982 wurden dort die Anstrengungen intensiviert. Eine zweite Impfung wurde eingeführt, im Vorschulalter erfolgte eine Nachimpfung der noch nicht geimpften Kinder. Begleitet wurden diese Maßnahmen durch eine Aufklärungskampagne in den Medien sowie eine gezielte Kontrolle und Komplettierung des Impfschutzes. Auf diese Weise konnte eine für die Herdimmunität ausreichende Impfquote von über 96 % erreicht werden. Seit 1996 sind in Finnland nur vier „importierte“ Masernfälle gemeldet, die aber zu keiner Ausbreitung der Infektion führten. Es müsste also folglich möglich zu sein, ohne Zwang eine für die Herdimmunität hinreichend hohe Durchimpfungsrate zu erreichen, sodass eine gesetzliche Impfpflicht mit Verweis auf das Kriterium 4 (möglichst geringe Restriktivität, vgl. Abschnitt 3.2.4) ethisch nicht vertretbar erscheint (Marckmann 2008).

### 3.2.7. Gesundheitliche Eigenverantwortung

Da das individuelle gesundheitsbezogene Verhalten die Entstehung und den Verlauf von Erkrankungen beeinflusst, stellt sich die Frage, inwieweit der Einzelne Verantwortung für die eigene Gesundheit tragen kann bzw. soll. Die gesundheitliche Eigenverantwortung genießt in der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte eine besondere Popularität. Man beklagt eine „Überstrapazierung“ des Solidarprinzips, eine „Vollkaskotalität“ bei Versicherten sowie Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus konstatiert man einen durch den umfassenden Versicherungsschutz bedingten nachlässigen Umgang mit der eigenen Gesundheit und fordert als dringend notwendige Gegensteuerung eine vermehrte Eigenverantwortung von Versicherten sowie Patientinnen und Patienten. Auch in wissenschaftlichen Publikationen wird inzwischen zunehmend darüber diskutiert, welche Rolle das Kriterium der Eigenverantwortung bei der Verteilung knapper Gesundheitsressourcen spielen kann bzw. spielen sollte (vgl. zum Beispiel Buyx 2005, Dietrich 2001, Marckmann 2005, Wikler 2005).

In der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte fällt aber auf, dass eine Vielzahl unterschiedlicher Maßnahmen mit der Forderung nach „mehr Eigenverantwortung“ in Verbindung gebracht wird: Mehr Wahlmöglichkeiten hinsichtlich des GKV-Leistungskatalogs oder der Versorgungsform, die Eigenbeteiligung an den Gesundheitskosten und ein verantwortlicher Umgang mit der eigenen Gesundheit. Offenbar handelt es sich hier bei der Eigenverantwortung vor allem um einen *politisch* verwendeten Begriff, dem in der Regel kein systematisch ausgearbeitetes, klar definiertes Konzept zugrunde liegt. Dabei drohen wichtige Aspekte der Eigenverantwortung aus dem Blick zu geraten. Im Folgenden wird deshalb zunächst unter Rückgriff auf die philosophischen Grundlagen des Verantwortungsbegriffs ein gehaltvolleres und damit klarer konturiertes Konzept der „Eigenverantwortung“ vorgestellt.

## Verantwortung und Eigenverantwortung

Beim Begriff „Verantwortung“ handelt es sich um einen Zuschreibungsbegriff ohne eigenständigen moralischen Gehalt, der eine mindestens vierstellige Beziehung bezeichnet: *Jemand* (Verantwortungssubjekt) ist *für* etwas (Verantwortungsgegenstand) vor oder gegenüber jemandem (Verantwortungsinstanz) *aufgrund bestimmter normativer Standards* verantwortlich (Normhintergrund) (Werner 2002). Betrachtet man den allgemeinen Satz „Eine Person P ist verantwortlich für X“ etwas näher, so kann man zwei unterschiedliche Verwendungen der Begriffe „Verantwortung“ und „Verantwortlichkeit“ differenzieren. In der *prospektiven* Bedeutung drückt der Satz aus, dass P gewisse Verpflichtungen gegenüber X besitzt, wobei X hier für Personen, Gegenstände oder Zustände stehen kann. Diese prospektive Verantwortung kann auch als Aufgaben- oder Zuständigkeitsverantwortung bezeichnet werden; sie ist auf zukünftig zu Leistendes ausgerichtet.

Verantwortung im *retrospektiven* Sinne blickt hingegen zurück und bezieht sich auf Handlungen, Handlungsergebnisse und Handlungsfolgen, die P zugerechnet werden, für die P Rechenschaft ablegen muss. Sie kann man deshalb als Zurechnungs- oder Rechenschaftsverantwortung umschreiben. Prospektive und retrospektive Verantwortung sind nicht unabhängig voneinander, sondern stehen in einer über die normativen Standards vermittelten Korrespondenzbeziehung. Nur wenn jemand eine – über bestimmte *normative Standards* ausgewiesene – prospektive Verantwortung für eine Person oder einen Zustand besitzt, kann er auch retrospektiv zur Rechenschaft gezogen werden, wenn er die Verpflichtungen nicht gemäß den vorgegebenen Standards erfüllt hat.

Sowohl die prospektive als auch die retrospektive Verantwortung sind an Voraussetzungen gebunden, die sich vor allem auf die Selbstbestimmung der handelnden Akteurinnen und Akteure beziehen. *Selbstbestimmung* ist hier im Sinne von Entscheidungsautonomie zu verstehen und bezeichnet die Fähigkeit, nach eigenen Vorstellungen und Zielsetzungen ohne äußeren Zwang zu handeln. Dies setzt voraus, dass man über verschiedene Handlungsoptionen mit ihren positiven und negativen Handlungsfolgen hinreichend informiert ist und anschließend eine bewusste Auswahl treffen kann. Sind diese Bedingungen erfüllt, kann man von einer „eigenverantwortlichen“ Handlung sprechen und die Akteurin bzw. den Akteur zumindest prinzipiell auch retrospektiv für die Handlungsfolgen zur Rechenschaft ziehen. Neben der kausalen Verursachung ist deshalb zu fordern, dass man sich auch hätte anders entscheiden können, dass man über verfügbare Alternativen informiert war und die Handlungsfolgen einigermaßen überschauen konnte. Inwieweit man tatsächlich in der Lage ist, eigenverantwortlich zu handeln, hängt damit wesentlich von physischen, psychischen, ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen ab. Kinder, Kranke und Arme sind in ihrer Handlungsfreiheit zum Beispiel deutlich eingeschränkter als Erwachsene, Gesunde und Reiche. Auch der Zugang zu Bildung und Information stellt eine notwendige Voraussetzung für eigenverantwortliches Handeln dar – sowohl in prospektiver als auch in retrospektiver Hinsicht. Hier deutet sich bereits eine wichtige Konsequenz für die Gesundheitsversorgung an: Will



man die handelnden Akteurinnen und Akteure stärker in die (Eigen-)Verantwortung nehmen, muss man vor allem die *Voraussetzungen selbstbestimmten Handelns* fördern – denn nur dann ist eine Verantwortungsübernahme in einem philosophisch anspruchsvolleren Sinne auch tatsächlich möglich.

## Eigenverantwortung in der Gesundheitsversorgung

Im Folgenden möchte ich versuchen, aus dem allgemeinen philosophischen Verantwortungskonzept einen konzeptionell gehaltvolleren und damit in der Praxis auch schärfer konturierten Begriff der *gesundheitlichen Eigenverantwortung* zu gewinnen. Zunächst sollen die einzelnen Elemente der vierstelligen Verantwortungsrelation für den Bereich der GKV konkretisiert werden. Verantwortungssubjekte sind die gesetzlich Versicherten als Gesunde oder Patientinnen/Patienten, die gemäß den normativen Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (kodifiziert im SGB V, konkretisiert durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) gegenüber dem jeweiligen Kostenträger Verantwortung für ihren Gesundheitszustand bzw. ihr gesundheitsbezogenes Verhalten tragen. Auch hier bietet es sich an, zwischen Verantwortung im prospektiven und retrospektiven Sinn zu unterscheiden.

Die *prospektive Verantwortung* ist im SGB V verankert – und hiermit wäre ein normativer Standard zumindest im Grundsatz festgelegt (§ 1): „Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich.“ Sie sind damit – im Sinne einer Zuständigkeitsverantwortung – verpflichtet, für ihren Gesundheitszustand Sorge zu tragen. Allerdings hängt die Gesundheit von unterschiedlichen Faktoren ab, von denen sich manche (bislang noch) vollständig der menschlichen Einflussnahme entziehen (zum Beispiel die genetische Veranlagung), während sich andere nur im Rahmen *kollektiver* Maßnahmen beeinflussen lassen (zum Beispiel Umweltbelastungen, Arbeitsbedingungen oder sozio-ökonomische Voraussetzungen). Der Einzelne vermag deshalb nur für diejenigen Determinanten der Gesundheit sinnvoll Verantwortung zu tragen, die er durch sein Verhalten und seine Lebensführung beeinflussen kann. Hierzu zählen zum einen die Förderung von gesundheitlichen *Schutzfaktoren* wie körperliche Aktivität oder eine ausgewogene Ernährung und zum anderen die Vermeidung von gesundheitlichen *Risikofaktoren* wie zum Beispiel Fehlernährung, Bewegungsmangel oder ein übermäßiger Konsum von Genussmitteln. Wie die philosophische Analyse zeigt, ist die Wahrnehmung von Verantwortung an den Zugang zu Information über Handlungsoptionen und deren Folgen gebunden. Nur derjenige, der über Gesundheitsrisiken hinreichend informiert ist, kann sie auch entsprechend vermeiden. Der Schlüssel zu einer Stärkung der *prospektiven* Eigenverantwortung liegt damit in einer vermehrten gesundheitlichen Aufklärung und in Maßnahmen zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens.

Der Begriff der Eigenverantwortung wird in der Gesundheitsversorgung jedoch nicht nur im prospektiven, sondern auch im *retrospektiven* Sinne verwendet, wenn Patientinnen und Patienten für eine selbst verschuldete Gesundheitsstörung im Nachhinein verant-

wortlich gemacht werden. Der Verweis auf die Eigenverantwortung wird häufig mit der Forderung verbunden, die verursachten Kosten sollten nicht von der Solidargemeinschaft, sondern von den Betroffenen selbst getragen werden. Diese *retrospektive Zuschreibung von Verantwortung* erscheint – prima facie – nicht nur philosophisch gerechtfertigt (nur unverdiente *Ungleichheiten* sind auszugleichen), sondern ist angesichts der Finanzierungsprobleme der GKV auch pragmatisch geboten. Allerdings ergeben sich bei der konkreten Anwendung mindestens drei Schwierigkeiten: Zunächst gilt es, im Einzelfall nachzuweisen, dass die Gesundheitsstörung tatsächlich kausal auf ein gesundheitsschädigendes Verhalten der Betroffenen zurückzuführen ist (*Problem der kausalen Verursachung*). Im Anschluss ist zu zeigen, dass die Voraussetzung der Handlungsfreiheit gegeben ist, das heißt, dass das gesundheitsschädigende Verhalten auf einer freien, selbstbestimmten und damit auch selbst zu verantwortenden Entscheidung beruht (*Problem der Entscheidungsautonomie*). Dabei handelt es sich – dies sei ausdrücklich betont – um zwei notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen der Verantwortungszuschreibung: Erforderlich ist darüber hinaus ein normativer Standard, der festlegt, für welche der kausal verursachten und autonom entschiedenen Handlungen jemand in welchem Ausmaß Verantwortung trägt (*Problem der normativen Standards*).

### *Das Problem der kausalen Verursachung*

Eine zentrale Herausforderung bei der retrospektiven Zuschreibung von Verantwortung ist die Differenzierung zwischen selbst gewählten und nicht selbst gewählten Risiken, da diese die Grenze zwischen der individuellen und gesellschaftlichen Verantwortungssphäre markiert (Dietrich 2001). Ronald Dworkin unterscheidet hier zwischen „option luck“ und „brute luck“, was man in etwa mit „kalkuliertem Risiko (Zufall)“ und „reinem Zufall“ übersetzen könnte (Dworkin 1981). „Option luck“ ist das Ergebnis einer bewussten Inkaufnahme von Risiken, während sich das „brute luck“ der Einflussnahme des Einzelnen entzieht. Im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung könnte man wie folgt argumentieren: Sofern sich ein gesundheitliches Ereignis *kausal* auf eine willentliche Entscheidung eines Menschen zurückführen lässt, liegt ein Eigenverschulden vor, dessen Folgen von dem bzw. der Betroffenen selbst zu verantworten sind. So wäre zum Beispiel der Beinbruch eines Skifahrers oder einer Skifahrerin den selbst gewählten Gesundheitsrisiken („option luck“) und damit der Eigenverantwortung zuzuordnen. Wenn eine Erkrankung hingegen ursächlich nicht auf einer bewusst getroffenen Entscheidung beruht („brute luck“), fällt eine ggf. notwendige finanzielle Entschädigung in den Verantwortungsbereich der Solidargemeinschaft.

Obwohl diese Unterscheidung theoretisch überzeugt, ergeben sich bei der Umsetzung erhebliche praktische Probleme: In vielen Fällen lässt sich nicht eindeutig klären, ob eine Gesundheitsstörung tatsächlich kausal auf eine individuelle Entscheidung zurückzuführen ist und damit die Voraussetzungen für ein selbst zu verantwortendes Eigenverschulden vorliegen. Die meisten Erkrankungen beruhen auf einem multifaktoriellen Ursachengeflecht, bei dem sich die relative Bedeutung von 1) genetischer Veranlagung,

2) nicht oder nur sehr eingeschränkt beeinflussbaren Umweltfaktoren und 3) dem gesundheitsbezogenen Verhalten des Individuums nicht genau bestimmen lässt. Über unfallbedingte Gesundheitsstörungen hinaus dürfte es deshalb nur wenige Fälle geben, in denen sich eine kausale Verursachung *eindeutig* nachweisen lässt.

### *Das Problem der Entscheidungsautonomie*

Wie im philosophischen Teil ausgeführt, setzt die retrospektive Übernahme von Verantwortung nicht nur eine kausale Verursachung, sondern auch Entscheidungsautonomie voraus: Die zu verantwortenden Handlungen müssen auf einer freien, selbstbestimmten Entscheidung beruhen, getroffen in Kenntnis möglicher Alternativen und deren voraussichtlichen Folgen. Es ist deshalb nur dann gerechtfertigt, Patientinnen und Patienten für ein gesundheitsschädigendes Verhalten zur Verantwortung zu ziehen, wenn ihre Handlungsfreiheit nicht durch Krankheit, sozioökonomische Sachzwänge oder andere äußere Einflüsse eingeschränkt war. Ein wichtiger Prädiktor für ungesundes Verhalten stellt zum Beispiel Armut in der Kindheit dar, die sich fast gänzlich einer Einflussnahme durch die Betroffenen entzieht (Lynch et al. 2005). Damit stellt sich die Frage, ob ein gesundheitsschädigendes Verhalten im Erwachsenenalter tatsächlich auf einer selbstbestimmten Entscheidung beruht oder – zumindest teilweise – durch nicht beeinflussbare Umgebungsfaktoren verursacht wurde.

Als weitere wichtige Voraussetzung der retrospektiven Zuschreibung von Eigenverantwortung ist zu fordern, dass die Betroffenen in einer verständlichen Art und Weise über die gesundheitlichen Risiken aufgeklärt wurden und auf diese Weise zumindest potenziell die Chance hatten, ihr Verhalten zu modifizieren. Damit ergibt sich ein konstitutives Bedingungsverhältnis zwischen prospektiver und retrospektiver Eigenverantwortung, aus dem sich klare gesundheitspolitische Prioritäten ergeben: Nur wenn die Voraussetzungen für eine prospektive Wahrnehmung von gesundheitlicher Verantwortung geschaffen sind, ist es gerechtfertigt, Patientinnen und Patienten sowie Versicherte retrospektiv für solche Erkrankungen verantwortlich zu machen, die auf einem gesundheitsschädlichen Verhalten beruhen. Würde man hingegen – aus Kostengründen – Patientinnen und Patienten allein retrospektiv für selbstverschuldete Gesundheitsstörungen zur Verantwortung ziehen, ohne die Eigenverantwortung im prospektiven Sinne entsprechend zu stärken, würde dies vor allem sozioökonomisch schlechter gestellte Patientinnen und Patienten benachteiligen, die einen schlechteren Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen haben.

### *Das Problem der normativen Standards*

Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei der kausalen Verursachung und der Entscheidungsautonomie um zwei notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen der Zuschreibung von Eigenverantwortung. Zusätzlich muss mittels normativer Standards festgelegt werden, für welche der selbst verursachten Gesundheitsstörungen jemand zur Verantwortung gezogen werden soll, ggf. verbunden mit der Verpflichtung, die resultierenden finanziellen Kosten selbst zu tragen. Grundsätzlich erscheint es nämlich

wenig sinnvoll, alle selbst verursachten Gesundheitsstörungen ausnahmslos aus der gesetzlichen Regelversorgung auszuschließen. So lassen sich zum Beispiel die basalen Unfallrisiken des Alltags (wie der Sturz auf einer Treppe), die ohne Zweifel auf das eigene Verhalten zurückzuführen sind, auch bei größter Vorsicht nicht mit Sicherheit vermeiden, sodass es wenig plausibel erscheint, dem Einzelnen die Verantwortung für die gesundheitlichen und finanziellen Folgen aufzubürden.

Betrachtet man die konkreten Vorschläge zur Ausgliederung der Behandlung selbst verschuldeter Gesundheitsstörungen aus der GKV, so wird deutlich, dass nicht alle selbst zu verantwortenden Gesundheitsrisiken gleich bewertet werden. An erster Stelle genannt werden immer wieder Risikosportarten oder durch das Rauchen bedingte Erkrankungen; die nicht unerheblichen Gesundheitsrisiken für eine werdende Mutter, bedingt durch die heute meist eigenverantwortlich getroffene Entscheidung, Kinder haben zu wollen, bleiben hingegen unerwähnt. Man benötigt folglich einen normativen Standard, welche Gesundheitsrisiken als „normale“ Risiken des täglichen Lebens anzusehen sind und welche der Sphäre der „Eigenverantwortung“ zuzuschreiben sind.

Da es hier keine scharfe, aus einer allgemeinen Gerechtigkeitstheorie ableitbare Grenze gibt, wird man eine – vermutlich wenig erfreuliche – politische Diskussion darüber führen müssen, was gesellschaftlich akzeptierte Lebensstile (mit entsprechenden Gesundheitsrisiken) sind und welche Präventionsmaßnahmen man dem Einzelnen zumuten kann. Eine gerade unter Gerechtigkeitserwägungen problematische Diskriminierung von gesellschaftlich wie politisch schwächer positionierten Gruppen scheint hierbei vorprogrammiert. Hinzu kommt, dass die Auswirkungen bestimmter Lebensstile auf die Gesundheit durchaus ambivalent sein können: Viele Sportarten gehen zwar mit einem erhöhten Verletzungsrisiko einher, haben aber einen durchaus positiven präventionsmedizinischen Effekt auf die Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

### **Gesundheitliche Eigenverantwortung: Fazit**

Neben diesen praktischen Problemen müsste sich eine konsequente retrospektive Anwendung des Kriteriums der Eigenverantwortung den Vorwurf der Inhumanität gefallen lassen, da Menschen in selbstverschuldeter (gesundheitlicher) Not von einer sozial finanzierten Hilfe ausgeschlossen bleiben. Die gesundheitspolitischen Bemühungen sollten sich deshalb vor allem auf eine Stärkung der prospektiven Eigenverantwortung durch gesundheitliche Aufklärung, Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens und Anbieten von Früherkennungsmaßnahmen konzentrieren. Anstatt Menschen retrospektiv für gesundheitsschädliches Verhalten zu bestrafen, sollte man prospektiv die Eigenverantwortung und Gesundheitsmündigkeit der Versicherten stärken (im Sinne eines „Empowerments“) – nicht nur der Solidargemeinschaft zuliebe, sondern im wohlverstandenen Eigeninteresse des Einzelnen.

## Literatur

- Beske, F., Ralfs, D. (2003): Die aktive Schutzimpfung in Deutschland. Stand, Defizite, Möglichkeiten. Kiel, Schmidt & Klaunig.
- Bradley, P. (1999): Should childhood immunisation be compulsory? *J Med Ethics* 1999, 25 (4), pp. 330–4.
- Buyx, A. (2005): Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen. *Ethik in der Medizin* 2005, 17 (4), S. 269–283.
- Daniels, N., Kennedy, B., Kawachi, I. (2004): Health and Inequality, or, Why Justice is Good for Our Health. In: Anand, S., Peter, F., Sen, A. (Eds.): *Public Health, Ethics and Equity*. Oxford, Oxford University Press, pp. 63–91.
- Dietrich, F. (2001): Eigenverantwortung als medizinisches Rationierungskriterium. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2001, 47 (4), S. 371–385.
- Dworkin, R. (1981): What is equality? Part 2: Equality of Resources. *Philosophy and Public Affairs*, 1981, 10, pp. 283–345.
- Epidemiologisches Bulletin (2006): Masern im Jahr 2005 und Ausbrüche in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen in der ersten Hälfte des Jahres 2006. *Epidemiologisches Bulletin* 2006, 27, S. 205–211.
- Kaplan, G. A., Pamuk, E. R., Lynch, J. W., Cohen, R. D., Balfour, J. L. (1996): Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ* 1996, 312 (7037), pp. 999–1003.
- Lynch, J., Harper, S., Kaplan, G. A., Davey Smith, G. (2005): Associations between income inequality and mortality among US states: the importance of time period and source of income data. *Am J Public Health* 2005, 95 (8), pp. 1424–30.
- Marckmann, G. (2005): Eigenverantwortung als Rechtfertigungsgrund für ungleiche Leistungsansprüche in der Gesundheitsversorgung? In: Rauprich, O., Marckmann, G., Vollmann, J. (Hg.): *Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin. Interdisziplinäre Perspektiven*. Paderborn, Mentis Verlag, S. 301–315.
- Marckmann, G. (2006): Public Health und Ethik. In: Schulz, S., Steigleder, K., Fangerau, H., Paul, N. W. (Hg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*. Frankfurt am Main, Suhrkamp, S. 209–223.
- Marckmann, G. (2008): Impfprogramme im Spannungsfeld zwischen individueller Autonomie und allgemeinem Wohl. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2008, 51 (2), S. 175–83.
- Marmot, M. (2004): Social Causes of Social Inequalities of Health. In: Anand, S., Peter, F., Sen, A. (Eds.): *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford, Oxford University Press, pp. 37–61.
- Rawls, J. (1975): *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- Sadique, M. Z. (2006): Individual freedom versus collective responsibility: an economic epidemiology perspective. *Emerg Themes Epidemiol* 2006, 3, p. 12.
- Salmon, D. A., Omer, S. B. (2006): Individual freedoms versus collective responsibility: immunization decision-making in the face of occasionally competing values. *Emerg Themes Epidemiol* 2006, 3, p. 13.
- Schwartz, F. W. (2003): Public Health – Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung. Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze. In: Schwartz, F. W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. et al. (Hg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Jena, Urban & Fischer, S. 2–6.
- Siegrist, J., Möller-Leimkühler, A. M. (2003): Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. In: Schwartz, F. W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. et al. (Hg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Jena, Urban & Fischer, S. 125–138.
- Ulmer, J. B., Liu, M. A. (2002): Ethical issues for vaccines and immunization. *Nat Rev Immunol* 2002, 2 (4), pp. 291–6.
- Verweij, M., Dawson, A. (2004): Ethical principles for collective immunisation programmes. *Vaccine* 2004, 22 (23–24), pp. 3122–6.

- Walter, U., Schwartz, F. W. (2003): Prävention. In: Schwartz, F. W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. et al. (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Jena, Urban & Fischer, S. 189–214.
- Werner, M. H. (2002): Verantwortung. In: Düwell, M., Hübenthal, C., Werner, M. H. (Hg.): Handbuch Ethik. Stuttgart, Metzler, S. 521–527.
- Wikler, D. (2005): Personal and social responsibility for health. In: Rauprich, O., Marckmann, G., Vollmann, J. (Hg.): Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin. Paderborn, Mentis 2005, S. 269–297.
- Widorfer, A. (2000): Eradikation von Masern, Mumps und Röteln. Immunol Impfen 2000, 3, S. 63–66.

**PRÄVENTION  
AUS DER PER-  
SPEKTIVE VON  
LEBENSPHASEN**

**4**

# 4.1 Gesundheit und Wohlbefinden als lebenslanger Prozess

*Pasqualina Perrig-Chiello*

Ein langes Leben in Gesundheit, Zufriedenheit und Lebensqualität ist der Wunschtraum vieler. In der wissenschaftlichen Erforschung des menschlichen Alterns nimmt deshalb auch die Suche nach den Determinanten von Wohlbefinden und Gesundheit über die Lebensspanne einen breiten Raum ein, was zur Entwicklung einer Vielzahl von Erklärungsmodellen führte. Die meisten dieser Modelle gehen von der Basisannahme aus, dass ein gesundes, langes und zufriedenes Leben das Ergebnis eines lebenslangen Entwicklungsprozesses ist, der aus der Interaktion zwischen individuellen Prädispositionen (Temperament, Persönlichkeit) und kumulativen Lebenserfahrungen (Armut, Bildung, Arbeit) resultiert und der schon sehr früh im Leben beginnt. In diesem Beitrag soll anhand von drei Thesen die Frage nach den Determinanten eines langen Lebens in guter Gesundheit ausgeleuchtet und mit aktuellen Daten illustriert und untermauert werden:

1. *Ungleiche Chancen von Anfang an – die Bedeutung des Lebenskontexts:* Das Skript für Gesundheitsbiografien wird schon in jungen Jahren geschrieben. Die in unserer Gesellschaft (immer noch) existierenden ungleichen Chancen aufgrund von Bildung, Armut, Erziehungsstil im Kindes- und Jugendalter – vor allem aber auch aufgrund des Geschlechts – wirken sich in der späteren Biografie signifikant aus.
2. *Festlegung im mittleren Lebensalter – die Bedeutung der Zeitachse:* Im mittleren Lebensalter sind die Weichen für ein gesundes und erfülltes Alter gelegt.
3. *Stabilität versus Modifizierbarkeit – die Rolle der Persönlichkeit:* Der Selbstverantwortlichkeit kommt eine entscheidende Rolle zu.

## 4.1.1. Die ungleichen Chancen

### Bildung und Einkommen

Die revolutionären Fortschritte der Medizin im 20. Jahrhunderts haben völlig neue Ausgangsbedingungen für die Erhaltung menschlicher Gesundheit geschaffen. Akute Infektionskrankheiten, die noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts die wichtigste Mortalitätsursache darstellten, wurden weitgehend besiegt, die Lebensbedingungen (Hygiene, Ernährung, Arbeit) wurden besser – und damit war die Grundlage für eine beispiellose demografische Veränderung gegeben, nämlich eine bedeutsam verlängerte Lebenserwartung. Seit 1900 hat sich diese beispielsweise in der Schweiz fast verdoppelt: von 46,2 auf 79,1 Jahre für die Männer und von 48,9 auf 84,0 Jahre für die Frauen. Noch stärker stieg in dieser Zeit die Lebenserwartung der Frauen an: Heute leben Frauen im Durchschnitt 5,7 Jahre länger als Männer, was auch dazu führt, dass vor allem im hohen Lebensalter



der Frauenanteil an der Bevölkerung denjenigen der Männer bei Weitem übertrifft. Schon bei den 65- bis 75-Jährigen bilden die Frauen eine Mehrheit von 55 %, und mit steigendem Lebensalter nimmt die sogenannte „Feminisierung des Alters“ weiter zu. Auch wenn sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Lebenserwartung aufgrund der sich angleichenden männlichen und weiblichen Lebensstile in Zukunft vermutlich etwas verringern werden, bleibt die Tatsache bestehen, dass die ältere Bevölkerung weiterhin mehrheitlich weiblich sein wird – und dies mit multiplen Implikationen, wie weiter unten ausgeführt wird (Perrig-Chiello 2005, Perrig-Chiello und Höpflinger 2003).

Bei dieser Entwicklung fällt ins Gewicht, dass gerade auch die Lebenserwartung im Alter deutlich angestiegen ist: Zu Beginn des 20. Jahrhunderts lebten Frauen und Männer im Alter von 60 Jahren noch gut 12–13 Jahre. Heute können 60-jährige Frauen noch mit einem guten Vierteljahrhundert verbleibender Lebenszeit rechnen, und Männer von 60 Jahren immerhin noch mit 20 Jahren. Damit hat auch die nachberufliche Phase – das Leben nach der Pensionierung – klar an Bedeutung gewonnen. Auch die Chancen, ein hohes Alter von 80 Lebensjahren zu erreichen, sind klar angestiegen. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts erreichten weniger als 10 % aller Frauen den 80. Geburtstag, heute sind es über 70 %. Bei den Männern stieg die Chance, den 80. Geburtstag zu feiern, in der gleichen Periode von 8 % auf 50 %. Der Trend geht zumindest für die nächsten Jahrzehnte in Richtung einer noch weiteren Erhöhung der Lebenserwartung bzw. der Chancen, alt oder sogar sehr alt zu werden (Höpflinger 2003).

Ob die hohe Lebenserwartung tatsächlich eine positive Entwicklung darstellt, ist umstritten. Zur Qualität der heutigen Langlebigkeit stehen sich zwei gegensätzliche Thesen gegenüber (vgl. auch Höpflinger und Hugentobler 2003):

- Die eine These geht davon aus, dass Menschen heute zwar länger leben, aber dass dies im hohen Lebensalter auf Kosten einer längeren Pflegebedürftigkeit geht. Gerade im Alter leben Menschen zwar länger, aber oft nur, weil sie dank medizinischer Hilfe auch bei chronischen Krankheiten länger überleben. Gemäß dieser These ist die Erhöhung der Lebenserwartung durchaus zweischneidig. Dank moderner Medizin wird der Tod kranker alter Menschen zu oft nur aufgeschoben.
- Die andere These zeichnet ein positiveres Bild, indem sie davon ausgeht, dass Menschen von heute vielfach länger gesund verbleiben als frühere Generationen. Chronische Krankheiten und Beschwerden treten gemäß dieser These später im Leben auf. Die steigende Lebenserwartung ist damit eine durchaus positive Entwicklung.

Die in den letzten Jahrzehnten durchgeführten Analysen zur gesunden bzw. behinderungsfreien Lebenserwartung lassen immer deutlicher erkennen, dass Männer und Frauen in hoch entwickelten Ländern nicht nur lange leben, sondern im Durchschnitt auch lange Zeit gesund und ohne massive Behinderungen verbleiben. Im Vergleich zu Deutschland oder den USA leben Männer und Frauen in der Schweiz nicht nur relativ lange, sondern sie bleiben auch vergleichsweise lange gesund (wie dies Tabelle 2 auf S. 72 illustriert). In der Schweiz hat sich die Lebenserwartung in Gesundheit innerhalb

Lebenserwartung in Gesundheit (in Jahren)		
Länder	Männer	Frauen
Schweiz	71	75
Deutschland	70	74
Österreich	69	74
USA	67	71

Tab. 2: Lebenserwartung in guter Gesundheit im internationalen Vergleich 2008.  
Quelle: WHO 2008.

der letzten 16 Jahre bei den Männern um acht Jahre, bei den Frauen um zehn Jahre erhöht. Zentrale Erklärungsfaktoren für diese Befunde sind die besseren Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen, u. a. die Verschiebung von landwirtschaftlichen und industriellen Berufen zu besser bezahlten und körperlich weniger anstrengenden Dienstleistungsberufen. Entscheidend für ein gesundes Alter ist aber auch eine gute Alters- und Gesundheitsvorsorge – eine Tatsache, die für die USA weit weniger zutrifft als für die Schweiz<sup>13</sup>.

Der hohe Stellenwert der Bildung bei der Erklärung der nicht unerheblichen Unterschiede zeigt sich beispielsweise aber auch im innerschweizerischen Vergleich. So leben Schweizerinnen und Schweizer mit guter Bildung deutlich länger als jene, die nur über einen obligatorischen Schulabschluss verfügen. Vor allem Männer profitieren von einer höheren Bildung. So ergibt sich im Alter von 30 Jahren bei der Lebenserwartung von Männern der höchsten und der tiefsten Bildungsstufe eine Differenz von 7,1 Jahren. Diese großen Unterschiede in der Lebenserwartung können als Ausdruck sozialer Ungleichheit interpretiert werden: Wer bessere Voraussetzungen und Chancen hat, eine höhere Ausbildung zu absolvieren, wird in vielen Bereichen des täglichen Lebens bevorteilt – und lebt schließlich länger.

Bei den Frauen sind grundsätzlich die gleichen Tendenzen beobachtbar: Wer eine bessere Bildung genießen konnte, hat eine höhere Lebenserwartung. Der Unterschied zwischen den Frauen mit einer universitären Ausbildung und denjenigen mit nur obligatorischer Schulbildung bezüglich Lebenserwartung ist aber geringer als bei den Männern: Im Alter von 30 Jahren beträgt dieser bei den Frauen 3,6 Jahre. Der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen bleibt damit bedeutender als zwischen verschiedenen Bildungsabschlüssen: Im Alter von 30 Jahren ist die verbleibende

<sup>13</sup> Es gibt es in den USA bislang keine obligatorische Krankenversicherung.

Lebenserwartung von Männern mit universitärer Bildung immer noch etwas kleiner als diejenige von Frauen mit nur obligatorischer Schulbildung (Spoerri et al. 2006). Dieselbe Entwicklung ist auch in den meisten westlichen Ländern beobachtbar (Singh und Siahpush 2006). So hat innerhalb von nur 20 Jahren der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen den ärmsten und den reichsten Personen in den USA von knapp drei Jahren auf viereinhalb Jahre zugenommen.

Gemäß WHO-Gesundheitsrapport 2005 (WHO 2005) ist hierfür in erster Linie der unterschiedliche gesundheitsbezogene Lebensstil verantwortlich, der auf die zunehmend ungleichen Optionen zurückzuführen ist. Insbesondere folgende Risikofaktoren werden in diesem Zusammenhang geltend gemacht: Bluthochdruck, Rauchen, Alkohol, hohes Cholesterin, Übergewicht, eine Ernährung mit einem Mangel an Obst und Gemüse sowie Bewegungsarmut. Abbildung 5 illustriert sehr schön den Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Ausmaß von Obesitas und Diabetes (Mokdad et al. 2003).

Nun ist bekannt, dass die häufigsten chronischen Alterskrankheiten wie Bluthochdruck und Diabetes ihren Beginn bereits im mittleren Lebensalter haben. Mit ein Grund hierfür ist, dass lebensstilbezogene Verhaltensmuster (wie körperliche Aktivitäten, Rauchen, Ess- und Trinkgewohnheiten etc.) recht resistent und zeitstabil sind und erwiesenermaßen Gesundheit und Wohlbefinden im Alter nachhaltig beeinflussen.

4

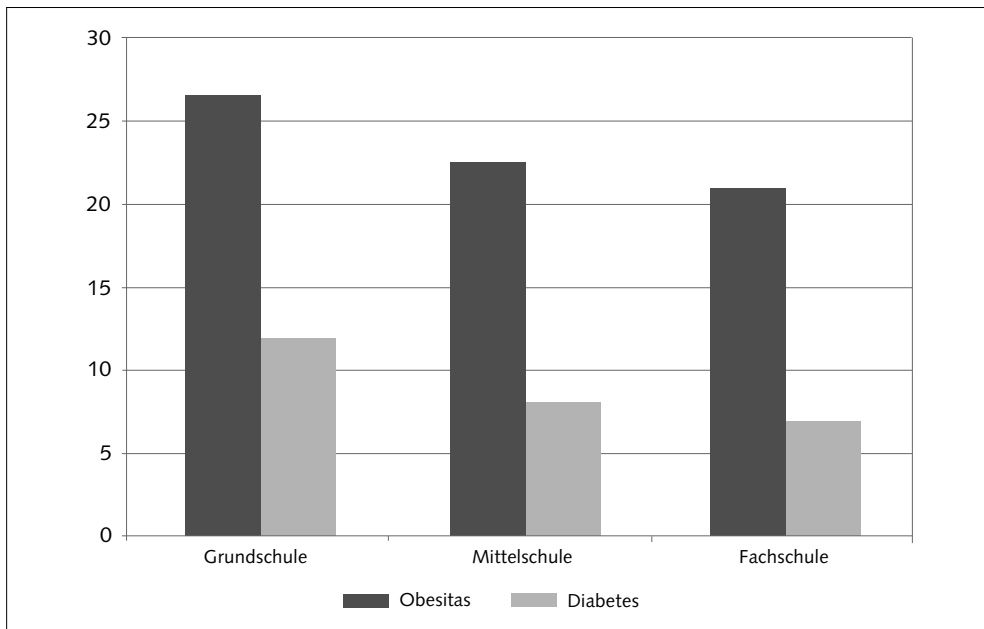


Abb. 5: Bildungsabhängigkeit von Obesitas- und Diabetesprävalenz (Angaben in Prozent)

Interessant ist ferner, dass in verschiedenen wissenschaftlichen Studien ein Zusammenhang zwischen Demenzen (insbesondere Demenz-Typus Alzheimer) mit tiefer Bildung beobachtet wurde (Mortimer & Graves 1993). Konsistent sind jedenfalls Befunde, dass je höher das Bildungsniveau ist, desto langsamer die alterskorrelierte Abnahme der kognitiven Leistungen ist (Perrig-Chiello et al. 2008). Ergebnisse der Seattle Longitudinal Study brachten Evidenz für eine Serie von protektiven Faktoren für Demenz (Schaie et al. 2004):

- Abwesenheit von kardiovaskulären oder chronischen Krankheiten,
- günstige Umweltbedingungen und Einbindung in einer komplexen und intellektuell stimulierenden Umgebung,
- flexible Persönlichkeit im mittleren Alter,
- hoher kognitiver Status des Ehepartners,
- lebenslange mentale Stimulation, die eine positive Auswirkung auf neuronales Wachstum hat.

Vor dem Hintergrund dieser Fakten stellt sich die Frage, ob gutes und gesundes Altern nicht in erster Linie ein „soziales Schicksal“ ist und erst in zweiter Linie ein individuelles.

## **Die unterschiedlichen Gesundheitsbiografien von Frauen und Männern**

Weibliche und männliche Gesundheitsbiografien unterscheiden sich nach wie vor ganz wesentlich. Die Unterschiedlichkeiten zeigen sich nicht nur in der längeren Lebenserwartung der Frauen, sondern auch in der unterschiedlichen Morbiditätsrate beider Geschlechter. Trotz der höheren Lebenserwartung sind Frauen häufiger als Männer krank, klagen öfter über körperliche Beschwerden, über Ängste und Depressionen, reagieren eher als Männer auf Belastungssituationen mit physischer und psychischer Dekompensation. Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens eine Depression zu erleiden, liegt bei etwa 12 % für Männer und 26 % für Frauen. Die höheren weiblichen Depressionsraten entstehen bereits im frühen Erwachsenenalter. Sie erreichen einen Gipfel im mittleren Lebensalter und sinken in der postmenopausalen Phase wieder ab (Swiss Federal Office of Health 2008).

Es gibt empirische Evidenz, dass Frauen im Vergleich zu Männern ein fast zweifach größeres Risiko haben, in der Gruppe mit der größten Dysfunktionalität zu sein. Frauen haben vor allem Krankheiten, die nicht terminal sind, aber funktionale Auswirkungen auf das Alltagsleben haben. Im Vergleich zu alten Männern haben alte Frauen neben einem höheren Unfall- und Sturzfallrisiko und signifikanteren Einschränkungen der funktionellen Autonomie auch ein höheres Risiko der Psychopharmakaabhängigkeit. Lediglich in punkto Alkoholkonsum haben Männer häufiger Probleme als Frauen. In Bezug auf die Prävalenz Alzheimer/Demenz schließlich zeigt sich, dass Frauen häufiger betroffen sind (inwiefern dies auch für die Inzidenzraten zutrifft, wird in der Forschungsliteratur kontrovers diskutiert). Frauen machen somit einen Großteil der pflegebedürftigen alten Menschen aus und sind mehr als Männer auf institutionelle Betreuung

ung angewiesen: Sie wohnen häufiger als Männer in Alters- und Pflegeheimen (acht von zehn Bewohnern sind Frauen) und haben eine längere Dauer von Spitalaufenthalten. Männer hingegen können in der Regel auf informelle Hilfe und Pflegeleistung zurückgreifen (Swiss Federal Office of Health 2008). Wie lassen sich diese Geschlechtsunterschiede erklären?

## **Das unterschiedliche Verständnis von Gesundheit und die unterschiedliche Sozialisation**

Die Frauengesundheitsforschung hat in den letzten Jahren aufzeigen können, dass das oben dargelegte geschlechtstypische Krankheits- und Beschwerdespektrum nicht faktisch als „wahre“ Prävalenzen aufgefasst werden kann und viele dieser „Fakten“ sich bei näherem Besehen als Artefakte entpuppen (Perrig-Chiello 2005). Ein verzerrender Effekt ist beispielsweise der Reporting-Bias, wonach Frauen aufgrund ihres ganzheitlicheren Verhältnisses von Gesundheit anders darüber berichten als Männer. Männer hingegen definieren Gesundheit eher über ihre Leistungsfähigkeit und tendieren dazu, negative Befindlichkeiten zu verleugnen. Das unterschiedliche Verständnis von Gesundheit wirkt sich auch verschieden auf die medizinische Behandlung (und indirekt auf das Gesundheitswesen) aus. Bei Männern werden häufiger somatische Diagnosen gestellt, bei Frauen eher psychosomatische. Das hat wiederum Einfluss auf die Verschreibung von Medikamenten im Sinne einer Übermedikation der Frauen (insbesondere der älteren Frauen) mit psychotropen Substanzen, insbesondere mit Tranquilizern: 70 % der Psychopharmaka werden an Frauen verschrieben.

Eine weitere Erklärung für die genannten Geschlechtsunterschiede liefert die Sozialisationshypothese. Gesundheitsbiografien spiegeln die nach wie vor getrennten Lebenswelten für Frauen und Männer wider. Männer werden immer noch so sozialisiert, dass sie zielstrebig, durchsetzungsfähig, aktiv und dominant sind – genau das sind übrigens die Kriterien in der Psychiatrie und Psychologie, die psychische Gesundheit definieren. Frauen hingegen haben eine Sozialisation, die Expressivität unterstützt, das heißt: empathisch, gefühlsbetont, hilfsbereit und sensibel – allesamt Eigenschaften, die in der Psychologie als Risikofaktoren für Vulnerabilität gelten. Es spricht einiges dafür, dass diese sozialisationsbedingten Geschlechtsunterschiede im Wesentlichen Kohorteneffekte widerspiegeln und dass sich hier eine Wende abzeichnet (Perrig-Chiello 2008b).

## **Die unterschiedlichen Risikofaktoren – generell und im hohen Alter insbesondere**

Eine weitere Erklärung fokussiert die Tatsache, dass die zusätzlichen Lebensjahre der Frau mit erhöhten gesundheitlichen Risikofaktoren verbunden sind. Bekanntlich ist die Überschreitung der 80-Jahres-Grenze mit einem erhöhten Risiko von Demenz, Fragilisierung und mit signifikanten Verlusten bezüglich der funktionellen Autonomie verbunden. Aber auch die Wahrscheinlichkeit vermehrter kritischer Lebensereignisse ist für alte

Frauen größer als für Männer. Da Frauen in der Regel ältere Männer heiraten, erleben sie im Alter die Pflegebedürftigkeit und den Tod ihres Partners. In der Schweiz wie in Österreich wird ein Großteil der Pflegebedürftigen zu Hause betreut. Hauptpflegepersonen sind vor allem Frauen, in der Regel die Ehefrauen. Die Pflegesituation ist zumeist mit hohen Belastungen verbunden – eine Tatsache, die in der Öffentlichkeit nicht sonderlich zur Kenntnis genommen wird. Pflegenden werden in der Fachliteratur nicht zu unrecht als „hidden patients“ bezeichnet, weisen sie doch ein höheres Risiko für Erschöpfungen, Hospitalisationen, Depressionen und Medikamentenabhängigkeit auf. Männer gehen mit altersassoziierten Stressoren (wie Verwitwung oder schweren gesundheitlichen Problemen) anders um als Frauen. Sie somatisieren die Probleme weniger, neigen dafür zu externalisierenden Handlungsweisen (Aggressivität, Alkoholexzesse). So nehmen die Suizidraten, die generell über alle Altersgruppen bei Männern signifikant höher sind als bei Frauen, im hohen Alter nur bei den Männern dramatisch zu, bei den Frauen bleiben sie konstant (Perrig-Chiello 2008a).

Weibliches und männliches Altersschicksal ist zwar in unterschiedlichem Maß biologisch verankert, zu einem großen Teil ist es jedoch soziokulturell begründbar. Auch wenn die biologischen Unterschiedlichkeiten relevant sind, wurden sie doch in der geriatrischen Forschung lange zu stark gewichtet. Neuesten Erkenntnissen zufolge kann der Beitrag biologischer Faktoren zur signifikant höheren Lebenserwartung der Frauen lediglich auf etwa ein bis zwei Jahre eingeschätzt werden (Luy 2002). In weit stärkerem Ausmaß wirkt sich jedoch der soziokulturelle Kontext auf Lebenslänge und Gesundheitsbiografien von Frauen und Männern aus. Geschlechtsbedingte Ungleichheiten, die sich im Lebenslauf entwickelt haben, kumulieren im Alter und prägen Unterschiede des Gesundheitsstatus und des Wohlbefindens im Alter.

## **Der lange Arm frühkindlicher familialer Erfahrungen**

Auch wenn die unterschiedlichen Kontextbedingungen sowie der Lebensstil wichtige Prädiktoren für Gesundheit und Wohlbefinden im Alter sind, gibt es zunehmend empirische Evidenz, dass früheste biografische Erfahrungen ebenfalls einen wesentlichen Teil der Varianz von Morbidität und Mortalität erklären. Aus verschiedenen Studien wissen wir, dass negative kindliche Erfahrungen weitreichende Implikationen bis ins hohe Alter haben. Es ist bekannt, dass ein früher Verlust der Mutter, Scheidung der Eltern oder psychische Erkrankungen eines Elternteils das Risiko für eine spätere Depression signifikant erhöhen, wobei anzunehmen ist, dass es sich hierbei sowohl um Ketteneffekte handelt (Wainwright und Surtees 2002) als auch um überdauernde Effekte (Chapman et al. 2004).

Welch einen nachhaltigen Einfluss die frühen familialen Verhältnisse auf die spätere Entwicklung haben, konnten wir auch im Kindheits- und Jugendbericht der Schweiz (Schultheis et al. 2008) nachweisen. Bei einer Stichprobe von 20 531 20-Jährigen zeigte sich, dass viele Gesundheitsindikatoren je nach berichtetem elterlichen Erziehungsver-

halten variierten. Junge Menschen, die angaben, einen reifen elterlichen Erziehungsstil erlebt zu haben, wiesen die besten Gesundheitswerte auf. Die schlechtesten Gesundheitswerte zeigten jene, die einen gleichgültigen, aber auch einen paradoxen Erziehungsstil erlebt hatten. Oder mit anderen Worten: Gleichgültigkeit, aber auch starke Leistungsforderungen ohne Förderung hatten negative Spätfolgen, wogegen eine Kombination von Fördern und Fordern der nachkommenden Generation die besten Entwicklungsmöglichkeiten bietet. Ferner zeigte sich, dass junge Erwachsene, die gleichgültige oder nur fordernde, aber nicht fördernde Eltern erlebten, signifikant häufiger das Gefühl hatten, ihr Leben sei sinnlos. Auch ernsthafte Selbsttötungsgedanken oder gar Selbsttötungsversuche waren bei fehlender elterlicher Unterstützung signifikant häufiger.

Noch eindrücklicher zeigten sich die Effekte frühkindlicher familialer Erfahrungen im Rahmen der Basler Studie, wo retrospektive Interviews zu Erziehungsstil und negativen frühkindlichen Ereignissen (zum Beispiel Trennung der Eltern) bei 440 Frauen und Männern im Alter zwischen 65 und 95 Jahren durchgeführt wurden (Perrig-Chiello und Perrig 2005). Die Resultate weisen auf einen engen Zusammenhang zwischen erinnerter Qualität der frühen Eltern-Kind-Beziehung sowie negativen frühen Lebensereignissen mit der körperlichen und psychischen Befindlichkeit im Alter. Diese Ergebnisse konnten wir in einer weiteren Studie bestätigen, wo Interviews mit Frauen zwischen 65 und 87 Jahren durchgeführt wurden (Perrig-Chiello und Tsandev, under review). Die Resultate zeigten klar auf, dass ein erinnerter ablehnender Erziehungsstil in Zusammenhang stand mit einer signifikant höheren Beschwerdenlast, mit tieferen Zufriedenheitswerten und mit erhöhten Aggressionswerten (gemessen mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar) im Alter.

### **4.1.2. Im mittleren Lebensalter sind die Weichen für ein gesundes und erfülltes Alter gelegt**

Wie oben ausgeführt, sind Gesundheit und Wohlbefinden im Alter in nicht zu unterschätzbarem Ausmaß durch frühe biografische Ereignisse und Erfahrungen begründbar. Nachfolgende Kontextbedingungen wie Bildung, Lebensstandard und Lebensstil haben moderierende Effekte. Zieht man die Ergebnisse verschiedener Langzeitstudien in Betracht, so ist es interessant festzustellen, dass ab dem mittleren Lebensalter eine Verfestigung verschiedener gesundheitsbezogener Parameter (beispielsweise Gesundheitsverhalten, Befindlichkeitsmasse) zu beobachten ist und dass diese entscheidende Prädiktoren für Gesundheit und Wohlbefinden im höheren Lebensalter sind. Dies soll hier am Beispiel der „Basler Interdisziplinären Altersstudie“ (IDA-Studie) illustriert werden.

Im Rahmen dieser groß angelegten prospektiven Studie wurden die Bedingungen von Autonomie, Gesundheit und Wohlbefinden im Alter erforscht (Perrig-Chiello 1997, Perrig-Chiello et al. 2009, Perrig-Chiello et al. 1996). In der IDA-Studie wurden einige tausend Personen seit Beginn der 1960er-Jahre an der Universität Basel medizinisch und

psychologisch periodisch untersucht. Diese einmalige Ausgangslage erlaubte es, die Verlaufsdaten dieser Menschen (Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Befindlichkeit, Persönlichkeit) vom mittleren bis ins hohe Alter zu verfolgen. Dabei zeigte sich, dass viele dieser Parameter im hohen Alter recht zuverlässig durch solche des mittleren Lebensalters vorhergesagt werden konnten:

- Ein erhöhter Blutdruck 1971 ist noch nach 24 Jahren mit schlechter physischer Befindlichkeit assoziiert.
- Regelmäßige Tranquilizereinnahme im mittleren Lebensalter geht einher mit einem verminderten körperlichen Wohlbefinden im Alter.
- Ein verminderter Vitamin B<sub>1</sub>-alpha-Status ist noch nach 24 Jahren mit negativem physischen Wohlbefinden assoziiert. Vitamin B<sub>1</sub> (Thiamin) ist verantwortlich für die Leistungsfähigkeit von Gehirn und Herz. Mangelzustände werden häufig als „psychosomatische Störungen“ diagnostiziert, da sie mit Gereiztheit, Niedergeschlagenheit, Konzentrationsmangel, schlechtem Gedächtnis, u. a. begleitet sind (Bell et al. 1990).
- Rauchen im mittleren Lebensalter ist prädiktiv für tiefere Werte in der körperlichen (stand. Beta = -.16, p <.05) wie psychischen (stand. Beta: = -.12, p <.05) Befindlichkeit im Alter.

Diese Befunde deckten sich mit jenen aus internationalen Studien bzw. sie ergänzten sie. So zeigte beispielsweise auch die „Schwedische Hundertjährigen Studie“ (Samuelsson et al. 1997), dass viele Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensweisen im mittleren Lebensalter prädiktiv für die Langlebigkeit und Befindlichkeit im Betagtenalter waren. In der Basler Altersstudie zeigte sich zudem eine beeindruckende Konstanz bestimmter Persönlichkeitsmerkmale (Neurotizismus, Depressivität) über Jahrzehnte hinweg (Per-rig-Chiello et al. 2009).

Eine Persönlichkeitsdimension, der in der Literatur übereinstimmend eine zentrale Rolle für Gesundheit und Wohlbefinden attribuiert wird, ist die Selbstverantwortlichkeit. Im Laufe ihres Lebens entwickeln Menschen Erwartungen darüber, inwieweit sie Kontrolle über ihr Leben und über ihre Umwelt haben. Diese Erwartungen können vorwiegend *internal* sein (die Menschen meinen, wirkungsvoll ihr Leben und ihre Umwelt gestalten zu können und wirksam Einfluss ausüben zu dürfen) oder aber eher *external* (die Menschen meinen, dass ihr Leben von anderen Personen, von den Umständen, vom Schicksal abhängig sei, und dass sie kaum Einfluss darauf haben). Die Art und Weise, wie dieses Kontrollsystem funktioniert, beeinflusst die Selbstwirksamkeit oder aber die Hilflosigkeit eines Menschen. Vor allem im hohen Alter ist der Erhalt der Kontrolle bzw. der Umgang mit ihrem zunehmenden Verlust eine große Herausforderung und eine zentrale Entwicklungsaufgabe.

Verschiedene Studien haben einen engen Zusammenhang zwischen hohen Internalitätswerten und positiver Befindlichkeit nachgewiesen. So übernehmen Personen mit hohen Internalitätswerten mehr Verantwortung für ihre Gesundheit und informieren



sich bereitwilliger über ihre gesundheitlichen Probleme als Externale – selbst dann, wenn für beide Gruppen Gesundheit etwas Wichtiges darstellt. Individuen mit niedrigen Internalitätswerten hingegen tendieren vermehrt dazu, präventives und kuratives Verhalten zu vernachlässigen.

Die Ergebnisse eigener Untersuchungen, die wir im Rahmen der „Basler Interdisziplinären Altersstudie“ durchgeführt haben, zeigen, dass die Abgabe der Eigenverantwortlichkeit für die eigene Gesundheit im Alter zugunsten der Schicksalsgläubigkeit nicht mit dem *objektiven* Gesundheitszustand zusammenhängt, sondern mit seiner *subjektiven Einschätzung* (Perrig-Chiello 1997, Perrig-Chiello et al. 1999). In dieser Studie wurden Extremgruppenvergleiche durchgeführt. Konkret wurden zwei Gruppen von älteren Menschen, die sich bezüglich der psychischen Befindlichkeit extrem unterscheiden<sup>14</sup> miteinander verglichen und in Bezug gebracht mit äußerst fitten Hochbetagten („happy survivors“). Obwohl sich die Menschen mit dem höchsten psychischen Wohlbefinden bezüglich Alter und objektivem Gesundheitszustand nicht von jenen Menschen mit dem tiefsten psychischen Wohlbefinden unterschieden, gaben Letztere signifikant mehr subjektive gesundheitliche Beschwerden an und zeigten bedeutsam höhere Schicksalhaftigkeits- und signifikant tiefere Internalitätswerte. Man beachte hier die Werte der Hochbetagten: Obwohl sie den schlechtesten objektiven Gesundheitszustand aller Gruppen haben, geben sie unterdurchschnittlich viele subjektive Beschwerden an. Ihre Internalitäts- und Schicksalhaftigkeitswerte gleichen sich denjenigen der Gruppe mit dem höchsten psychischen Wohlbefinden an (vgl. Abbildung 6 auf S. 80).

Hier gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass die positive Beziehung zwischen Kontrollerleben und Befindlichkeit ihre Grenzen hat. Hohe Kontrollerwartungen bzw. große Selbstverantwortlichkeit in schlecht kontrollierbaren Situationen (zum Beispiel bei Verlusten, Todesfällen, Krankheiten, sozialer Isolation und ökonomischen Krisensituationen) können kontraindiziert sein – das heißt, sie produzieren sehr viel Frustration und Verzweiflung, was sich psychisch, aber auch *physiologisch* auswirkt. So gibt es empirische Evidenz, dass exzessive Kontrollerwartungen in unkontrollierbaren Situationen mit erhöhten Katecholaminwerten einhergehen, die ihrerseits die Bildung von Arteriosklerose begünstigen. Es gilt also, gleichzeitig das Unvermeidliche bzw. das Unabwendbare akzeptieren zu können und dennoch nicht die „Zügel“ aus der Hand zu geben (Perrig-Chiello 2008b).

Die Tatsache, dass Gesundheitsbiografien bereits ab dem mittleren Lebensalter keine großen Varianzen mehr aufweisen, sollte jedoch nicht zur Annahme verleiten, dass

<sup>14</sup> Aus der IDA-Stichprobe (bestehend aus 440 Personen) wurden die obersten 10% mit den höchsten Wohlbefindenswerten (n = 20) mit jenen 10% mit den tiefsten Werten (n = 20) verglichen (Durchschnittsalter: 75 Jahre). Diese beiden Gruppen wurden zudem mit einer Gruppe Hochbetagter verglichen (zehn Personen im Alter zwischen 95 und 100 Jahren). Diese letzte Gruppe (Nestoren) setzte sich durchweg aus sehr rüstigen Menschen zusammen.

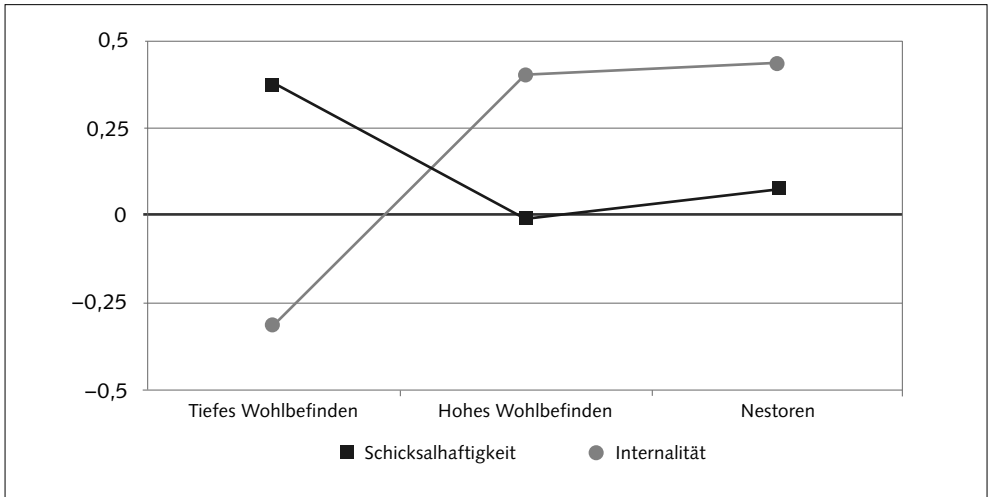
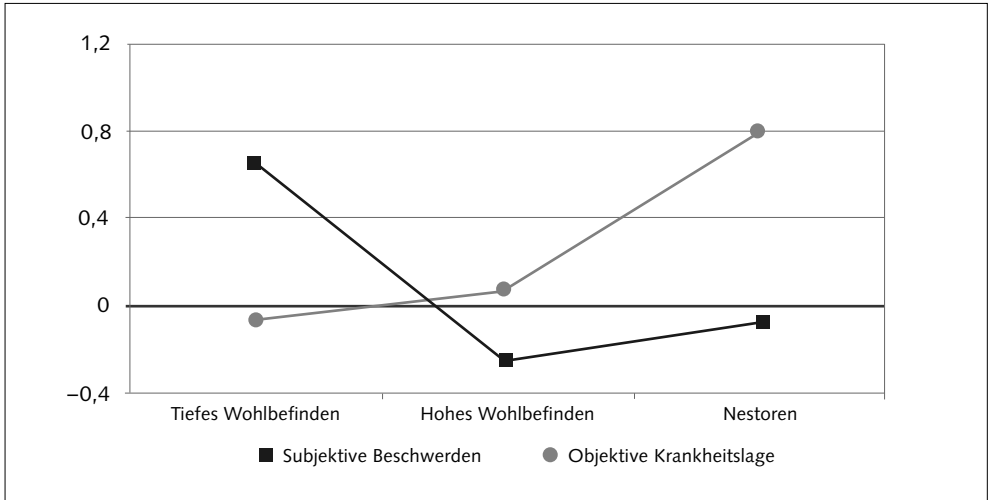


Abb. 6: Extremgruppenvergleiche: Wohlbefinden, Gesundheit und Kontrolle

präventive Maßnahmen in der zweiten Lebenshälfte nicht mehr fruchten. Lebensstile spiegeln zwar in der Tat individuelle Persönlichkeitsmerkmale wider und sind daher mit zunehmendem Alter – nicht zuletzt aufgrund jahrelanger Gewohnheit – nicht so ohne Weiteres veränderbar. Interventionsstudien haben jedoch eindrücklich zeigen können, dass beispielsweise Kontrollüberzeugungen bis ins höchste Alter modifizierbar sind – und zwar im positiven Sinne (Verstärkung der Internalität bzw. Selbstverantwortlichkeit) wie auch im negativen Sinne (Verstärkung der Schicksalhaftigkeit) (Perrig-Chiello 1997, Perrig-Chiello et al. 1999).

### 4.1.3. Fazit

Wir können aus den dargelegten Fakten schließen, dass Wohlbefinden und Gesundheit von unterschiedlichen Faktoren abhängig ist:

- Gesellschaftliche Randbedingungen definieren den Rahmen (ungleiche Bildungschancen, Geschlechtsunterschiede).
- Familiäre und freundschaftliche Netzwerke sind wichtige Grundpfeiler (Erziehungsverhalten der Eltern, Partnerschaft, Freunde bzw. Freundinnen).
- Individuelle Faktoren sind aber schließlich ausschlaggebend (biografische Bedingungen, Persönlichkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortlichkeit).

Das Fazit dieses Beitrags ist ein Plädoyer für eine Öffnung der Perspektive in Forschung und Praxis. Da Gesundheit im Wesentlichen biografisch bedingt ist, ist im Diskurs zur Promotion körperlicher und psychischer Gesundheit eine Lebensspannenperspektive in Forschung und Praxis unerlässlich. Die Lebensspannenperspektive ersetzt die Lebensphasenperspektive nicht, sondern ergänzt diese. Aus dem Gesagten ergibt sich aber auch die Notwendigkeit einer geschlechtersensiblen Zugangsweise in Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, die sowohl den Unterschieden als auch den Gemeinsamkeiten Rechnung trägt (Gender Mainstream). Konkret hieße dies:

- a) *Bei Frauen*: Investment in eine Sozialisation zur vermehrten Selbstwirksamkeit und Instrumentalität, kritisches Hinterfragen von äußeren Normen.
- b) *Bei Männern*: Prävention des ungesunden Lebensstils bereits in früheren Lebensphasen (Artikulation von Beschwerden, frühzeitige Inanspruchnahme von [ärztlicher] Hilfe, Depressionserfassung bei Männern).

Das Skript für Gesundheitsbiografien wird erwiesenermaßen schon in jungen Jahren geschrieben. Präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen müssen daher a) sehr früh ansetzen, b) die Verschiedenheiten in Bezug auf Geschlecht sowie auf soziale und kulturelle Herkunft berücksichtigen und c) auch in späteren Lebensphasen korrektiv eingreifen können. Die Forderung nach einer frühen Prävention ist zwar nicht neu, sie stand aber lange dem Vorwurf des mangelnden empirischen Wirknachweises gegenüber. Vor dem Hintergrund der zunehmenden empirischen Evidenz – wie sie oben dargestellt wurde – bekommt die Forderung eine neue Relevanz und ganz konkrete Hinweise zur Realisierung.

### Literatur

- Bell, J. R., Edman, J. S., Marty, D. W., Sathin, A. (1990): Vitamin B<sub>12</sub> and folate status in acute geropsychiatric inpatients: affective and cognitive characteristics of a vitamin nondeficient population. *Biological Psychiatry* 27 (2), pp. 125–137.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., Anda, R. F. (2004): Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82 (2), pp. 217–225.

- Höpflinger, F. (2003): Gesunde und autonome Lebensjahre. In: Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. (Hrsg.): Gesundheitsbiographien – Variationen und Hintergründe, S. 59–77. Bern, Huber.
- Höpflinger, F., Hugentobler, V. (2003): Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Bern, Huber.
- Luy, M. (2002): Die geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede – Zeit für eine Zwischenbilanz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35, S. 412–429.
- Mokdad, A. H., Ford, E. S., Bowman, B. A., Dietz, W. H., Vinicor, F., Bales, V. S. et al. (2003): Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors. *Journal of the American Medical Association*, 289 (1), S. 76–79.
- Mortimer, J. A., Graves, A. B. (1993): Education and other socioeconomic determinants of dementia and Alzheimer's disease. *Neurology* 43, S. 39–44.
- Perrig-Chiello, P. (1997): Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen. Weinheim, Juventa.
- Perrig-Chiello, P. (2005): Frauen im Alter: Vorurteile und Fakten. *Freiburger Frauen-Studien, Zeitschrift für Interdisziplinäre Frauenforschung*, 16, S. 199–219.
- Perrig-Chiello, P. (2008a): In der Lebensmitte. Die Entdeckung der mittleren Lebensjahre, 3. Aufl. Zürich, NZZ libro, Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Perrig-Chiello, P. (2008b): Wohlbefinden und Gesundheit im Alter. In: Mess, F., Dugandzic, D., Woll, A. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern durch Sport*, S. 35–61. Konstanz, Universitätsverlag.
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. (Hrsg.) (2003): *Gesundheitsbiographien – Variationen und Hintergründe*. Bern, Huber.
- Perrig-Chiello, P., Hutchison, S., Stähelin, H. B. (2008): Alzheimer's disease and dementia. In: Thomson, L., Ward, W. (Eds.): *Optimizing Women's Health through Nutrition*, pp. 357–383. London, Taylor & Francis.
- Perrig-Chiello, P., Jäggi, S., Buschkühl, M., Stähelin, H. B., Perrig, W. J. (2009): Personality and health in middle age as predictor for health, physical and psychological well-being in old age. *European Journal of Ageing*, 6, pp. 27–37.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J. (2005): The impact of personality and living context on remembering biographical transitions. In: Levy, R., Ghisletta, P., Goff, J. L., Spini, D., Widmer, E. (Eds.): *Towards an Interdisciplinary Perspective of the Life Course. Advances in life course research*, Vol. 10, pp. 217–237. Amsterdam, Elsevier Publ.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Staehelin, H. B. (1999): Health control beliefs in old age – relationship with subjective and objective health and health behavior. *Psychology, Health & Medicine*, 4 (1), pp. 84–94.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Stähelin, H. B., Krebs, E., Ehram, R. (1996): Autonomie, Wohlbefinden und Gesundheit im Alter: Eine interdisziplinäre Altersstudie (IDA). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29, S. 95–109.
- Perrig-Chiello, P., Tsandev, E. (under review): Wohlbefinden im Alter. Werden die Grundsteine dafür bereits in der Kindheit gelegt?
- Samuelsson, S. M., Alfredson, B. B., Hagberg, B., Samuelsson, G., Nordbeck, B., Brun, A. et al. (1997): The Swedish centenarian study: A multidisciplinary study of five consecutive cohorts at the age of 100. *International Journal of Aging & Human Development*, 45 (3), pp. 223–253.
- Schaie, K. W., Willis, S. L., Caskie, G. I. L. (2004): The Seattle Longitudinal Study: Relation between personality and cognition. *Aging Neuropsychology and Cognition*, 11, pp. 304–234.
- Schultheis, F., Perrig-Chiello, P., Egger, S. (2008): *Kindheit und Jugend in der Schweiz*, 2. Aufl. Weinheim, Beltz.
- Singh, G. K., & Siahpush, M. (2006): Widening socioeconomic inequalities in US life expectancy, 1980–2000. *International Journal of Epidemiology*, 35, pp. 969–979.
- Spoerri, A., Zwahlen, M., Egger, M., Gutzwiller, F., Mindera, C., Bopp, M. (2006): Educational inequalities in life expectancy in the German speaking part of Switzerland between 1990 and 1997. *Swiss Medical Weekly*, 136, pp. 145–148.

- Swiss Federal Office of Health. (2008): Fokusbericht Gender und Gesundheit. B. f. G. Schweizerische Eidgenossenschaft.
- Wainwright, N. W. J., Surtees, P. G. (2002): Childhood adversity, gender and depression over the life course. *Journal of Affective Disorders*, 72, pp. 33–44.
- WHO (2005): WHO health report [Electronic Version]. Retrieved November, 15, 2007, from [http://www.who.int/whr/2005/whr2005\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf).
- WHO (2008): WHO health report [Electronic Version]. Retrieved October 15, 2008, from [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf).

# 4

## 4.2 Kindergesundheit im Beziehungsgeflecht: Ein Fokus auf Familien

*Sabine Walper*

### 4.2.1 Einleitung

Familien als zentraler Entwicklungskontext für Kinder und Eltern stehen seit jeher im Mittelpunkt des Interesses, wenn es darum geht, die Entstehung und Aufrechterhaltung von Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Störungen und gesundheitlichen Belastungen zu erklären. Wesentliche Risiko-, aber auch Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sind im Kontext der Familie verortet und entfalten im komplexen Zusammenspiel zwischen biologisch-genetischen und psychosozialen Faktoren im Entwicklungsverlauf der Kinder ihre Wirkung (Ihle et al. 2002, Meyer-Probst und Reis 1999). Hierbei ist die Familie nicht nur als Kristallisationspunkt möglicher Belastungsfaktoren zu sehen, die die körperliche und seelische Gesundheit von Kindern sowie deren Verhaltensentwicklung beeinträchtigen können, sondern auch als ein Kontext, der über Unterstützungsleistungen, Vorsorgemaßnahmen und Kompensationsbemühungen zur Resilienz von Kindern beitragen kann – also in der Lage ist, deren Widerstandsfähigkeit angesichts personaler oder kontextuell-sozialer Risiken zu stärken. Vielfach reicht der „lange Arm“ der Familie auch in weitere Entwicklungskontexte der Kinder und Jugendlichen hinein, etwa in die Gestaltung der Beziehung zu Gleichaltrigen (Noack 2002) oder in die Auseinandersetzung mit schulischen Anforderungen (Wild 2004, Zimmermann und Spangler 2001), sodass familiäre Schutz- und Risikofaktoren auch auf indirektem Weg – vermittelt über ihren Einfluss auf andere Erfahrungskontexte – wirksam werden. In diesem Sinne liefern Familien und speziell die Eltern einen wichtigen Ansatzpunkt für die Prävention gesundheitlicher Belastungen im Kindes- und Jugendalter (Weiss et al. 2007). Eine differenzierte Kenntnis der Zusammenhänge zwischen familialen Lebensbedingungen und der Gesundheitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen ist dabei als Basis wissenschaftlich begründeter Maßnahmen für die Gesundheitsförderung und Prävention körperlicher wie auch seelischer Krankheiten unabdingbar (Röhrle 2007).

Bevor ich auf einzelne Befunde zu familialen Risiko- und Schutzfaktoren für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen näher eingehe, soll zunächst die Frage aufgegriffen werden, wie sich familiäre Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen im Verlauf der vergangenen Jahrzehnte verändert haben. Viele dieser Veränderungen, wie die zunehmende Instabilität von Ehen und die steigenden Armutsrisiken von Kindern, aber auch Veränderungen im Erziehungsverhalten von Eltern, werden als wichtige Einflussfaktoren für die kindliche Entwicklung diskutiert (Amato 2000 und 2001, Walper 2008, Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen 2005). Entsprechende Erkenntnisse werden

in den folgenden Abschnitten angesprochen. Nach einem Überblick über den Wandel von Familienstrukturen und Veränderungen in den Leitlinien elterlicher Erziehung wie auch der sozioökonomischen Lebensbedingungen von Familien und Kindern wende ich mich zunächst auf breiter Basis den Einflüssen der Familie auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu, um einen Einblick in die Komplexität familiärer Einflüsse und die daraus resultierenden Herausforderungen an die Forschung zu geben. Danach werden zwei aktuelle Themen aufgegriffen: die Auswirkungen von Trennung und Scheidung und die Folgen von Armut für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Wie sich zeigen wird, kommt in beiden Fällen der Gestaltung der Beziehungen und den Interaktionen im Familienkontext eine zentrale Bedeutung für die physische und seelische Gesundheit der Kinder zu. Der Beitrag schließt mit der Vorstellung von zwei Präventionsprogrammen, die auf der Ebene der Eltern ansetzen und im einen Fall als universelles Präventionsprogramm auf die Stärkung elterlicher Erziehungskompetenzen abzielen (Elterstraining „Familienteam“), im anderen Fall als selektives Präventionsprogramm für Trennungsfamilien konzipiert ist (Elterstraining „Kinder im Blick“).

## 4.2.2 Familien im Wandel

Familien haben im Verlauf des 20. Jahrhunderts in Deutschland wie in vielen anderen Ländern einen markanten Wandel erfahren, der die Ausgestaltung von Partnerschaft und Elternschaft in vielfacher Hinsicht betrifft. Besondere Aufmerksamkeit gilt hierbei den Veränderungen in der Stabilität und Bedeutung der Ehe sowie deren Folgen für das Aufwachsen von Kindern. Der Anteil der Familien mit verheirateten Eltern ist zwischen 1996 und 2005 um 16% zurückgegangen, während alternative Familienformen um 30% zugenommen haben (Statistisches Bundesamt 2006). Durch die Abschaffung des Kuppeleiparagrafs eröffneten sich seit den 1970er-Jahren legale Alternativen zur Ehe, die seither von einem steigenden Anteil der Paare genutzt werden. So hat die Zahl der nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften seit 1972 um das rund Dreizehnfache zugenommen, wobei allerdings kinderlose Partnerschaften überwiegen. Nichteheleiche Lebensgemeinschaften mit Kindern stellten im Jahr 2005 rund 6% aller Familienformen (Statistisches Bundesamt 2006). Hierbei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern. Während im Westen nur 5% der Kinder in nichtehelichen Lebensgemeinschaften aufwachsen, gilt dies im Osten für 16% der Kinder (Statistisches Bundesamt 2006). Ausschlaggebend ist hierfür vor allem der markante Anstieg nicht-ehelicher Geburten in Ostdeutschland während der letzten Jahre. Dort werden mittlerweile über 60% der Kinder außerhalb einer Ehe geboren.

Allerdings sind keineswegs alle Familien mit zwei (verheirateten oder unverheirateten) Eltern Kernfamilien, das heißt Familien, in denen beide Eltern mit ihren gemeinsamen Kindern leben. Unter die Zwei-Eltern-Familien fallen auch Stieffamilien, in denen nur einer der beiden Partner leiblicher Elternteil des Kindes bzw. der Kinder ist, während der andere Partner „nur“ sozialer Elternteil ist, ohne mit dem Kind biologisch verwandt zu

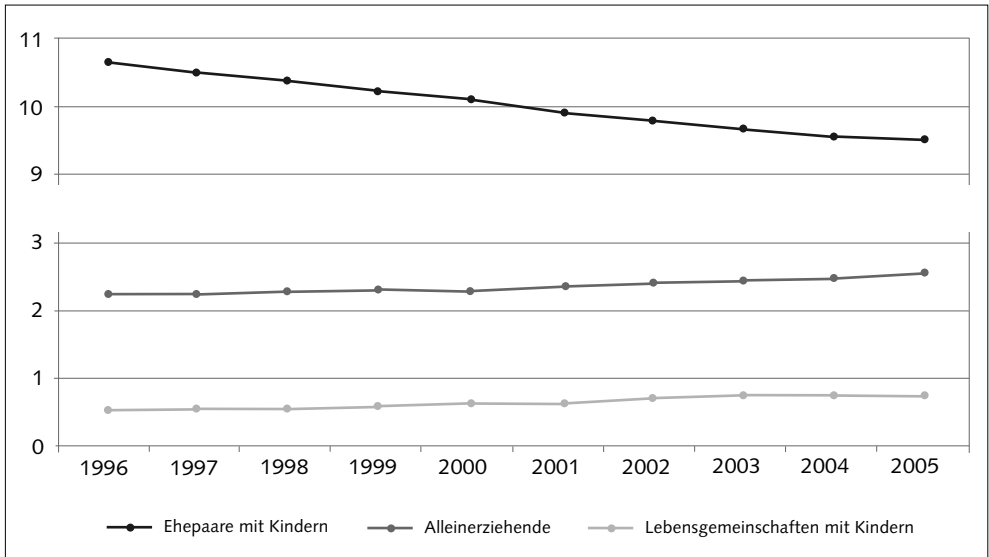


Abb. 8: Entwicklung der Familienformen seit 1996 in Deutschland (in Millionen). Ergebnisse des Mikrozensus – Bevölkerung (Lebensformenkonzept). Quelle: Mikrozensus 2005 (Statistisches Bundesamt 2006, S. 42).

sein. Nach Daten des Mikrozensus 1999 machen Stieffamilien rund 7% aller Familien aus. Zwei Drittel der Stieffamilien sind verheiratet, während das restliche Drittel in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft lebt (Bien et al. 2002). Allerdings sind hierbei nur die primären Stieffamilien erfasst, nicht jene sekundären oder „Wochenend-Stieffamilien“, die durch eine neue Partnerschaft des getrennt lebenden Elternteils entstehen.

Zugenommen hat auch die Zahl Alleinerziehender, die gegenüber 1996 um 15% gestiegen ist (zu den absoluten Zahlen siehe Abbildung 8). Nach Daten des Mikrozensus 2005 leben von allen minderjährigen Kindern in Westdeutschland 14% bei einem alleinerziehenden Elternteil, in Ostdeutschland sind es sogar 22%. Alleinerziehende sind nach wie vor weit überwiegend Mütter (87%), während alleinerziehende Väter nur 13% ausmachen.

Zum Anstieg alternativer Familienformen trug vor allem die geringere Stabilität von Ehen wesentlich bei. Rund 40% der Alleinerziehenden sind geschieden, weitere 14% (Mütter) bzw. 19% (Väter) sind verheiratet getrennt lebend (Statistisches Bundesamt 2006). Seit Mitte der 1950er-Jahre steigt der Anteil von Ehen, die in einer Scheidung enden, mehr oder minder stetig an (Emmerling 2007). Im Jahr 2005 erfolgten 37,5% aller Ehelösungen durch eine Scheidung, während dieser Anteil in den späten 1950er- und



frühen 1960er-Jahren nicht einmal halb so groß war. Neueren Schätzungen zufolge werden 42% aller Ehen der aktuellen Heiratsjahrgänge in Deutschland vor dem Scheidungsrichter enden (Sardon und Robertson 2004). Bei knapp der Hälfte aller Scheidungen sind Kinder betroffen (2007: 49%). Mit zunehmender Instabilität der Ehen steigt auch der Anteil der Scheidungskinder, sodass Schätzungen zufolge ca. 20% aller in den 1990er-Jahren geborenen Kinder noch als Minderjährige eine Scheidung ihrer Eltern erleben (Engstler und Menning 2003). Berücksichtigt man auch die Instabilität von nichtehelichen Lebensgemeinschaften, so erhöht sich die Zahl der Trennungskinder nochmals, zumal sich nichteheliche Lebensgemeinschaften im Vergleich zu Ehen als instabiler erweisen (Lauterbach 1999). Gleichwohl wächst noch die überwiegende Mehrzahl aller Kinder in Deutschland in einer Kernfamilie auf.

Nicht nur die Familienstrukturen, sondern auch die Gestaltung von Eltern-Kind-Beziehungen hat sich merklich verändert. Dies betrifft zunächst die Ausgangsbedingungen, die sich auf den ersten Blick verbessert haben: Ob und wann man ein Kind bekommt und damit eine Familie gründet, ist heute – mit der Verfügbarkeit vielfältiger Mittel der Familienplanung – weitaus stärker zu einem Akt bewusster Entscheidung geworden, als es noch bis zur zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts der Fall war (Schneewind 1999). Damit ist jedoch auch die Verantwortung für das Gelingen des „Projekts Kind“ gestiegen – ein Projekt, das heute weniger aus instrumentellen und Versicherungsmotiven (wie dem Wunsch nach ökonomischer Absicherung für das Alter) verfolgt wird, sondern aus psychologischen Motiven wie der Freude am Kind und der Erfüllung eines persönlichen Lebensentwurfs (Nauck 2001). So steht das Gelingen einer emotional befriedigenden Beziehung weit oben auf der Agenda – ein Ziel, dessen Einlösung angesichts vielfältiger Alltagswidrigkeiten und unausweichlicher Interessenkonflikte durchaus fraglich ist.

Auch die Erziehungsziele von Eltern haben sich im Vergleich zur Nachkriegszeit spürbar gewandelt. Standen früher Gehorsam und Bereitschaft zur Unterordnung im Vordergrund, so nimmt heute die Förderung von Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der Kinder eine prominente Stellung in den Erziehungszielen von Eltern ein (Schneewind und Ruppert 1995). Allerdings scheint die Umsetzung dieser Ziele oftmals nicht reibungslos zu funktionieren. Aktuelle Umfragen belegen, dass etwa ein Viertel aller Eltern über häufige Probleme und Schwierigkeiten im Umgang mit ihren Kindern klagt. Sie finden ihre Kinder schwierig und klagen darüber, dass die Kinder zu viel streiten, zu viel widersprechen, zu impulsiv und unkonzentriert sind (vgl. Resch 2001). Etwa die Hälfte aller Eltern berichten über Probleme, konsequent zu sein und Grenzen zu setzen (vgl. Kucklick 2002). In einer Repräsentativbefragung gaben 53% der Eltern von Kindergartenkindern an, sie wünschten sich mehr Unterstützung und Beratung in Erziehungsfragen (Fröhlich-Gildhoff et al. 2005).

Schließlich haben sich auch die sozioökonomischen Lebensbedingungen von Familien und Kindern geändert. Betrachtet man die Lebensverhältnisse in Deutschland, so haben sich sozioökonomische Unterschiede in der jüngeren Vergangenheit verschärft (BMAS

2004, S. 17). Kinder sind mittlerweile die Altersgruppe mit dem höchsten Risiko, in Armut zu leben (Butterwegge et al. 2003, Merten 2005). Vergleicht man etwa die Entwicklung des Anteils von Bezieherinnen und Beziehern laufender Hilfe zum Lebensunterhalt für einzelne Altersgruppen (siehe Abbildung 9), so ist seit den 1980er-Jahren die Sozialhilfebedürftigkeit der Kinder im Vergleich zur Gesamtbevölkerung disproportional angestiegen, und insbesondere die jüngeren Kinder sind auf staatliche Transferzahlungen angewiesen. Auch Analysen zur Einkommensarmut auf Basis des sozioökonomischen Panels zeigen, dass die Armut unter Kindern im Alter bis 15 Jahren seit 1998 stärker gestiegen ist als die Armut der Gesamtbevölkerung und speziell die Armut im Alter (BMAS 2008).

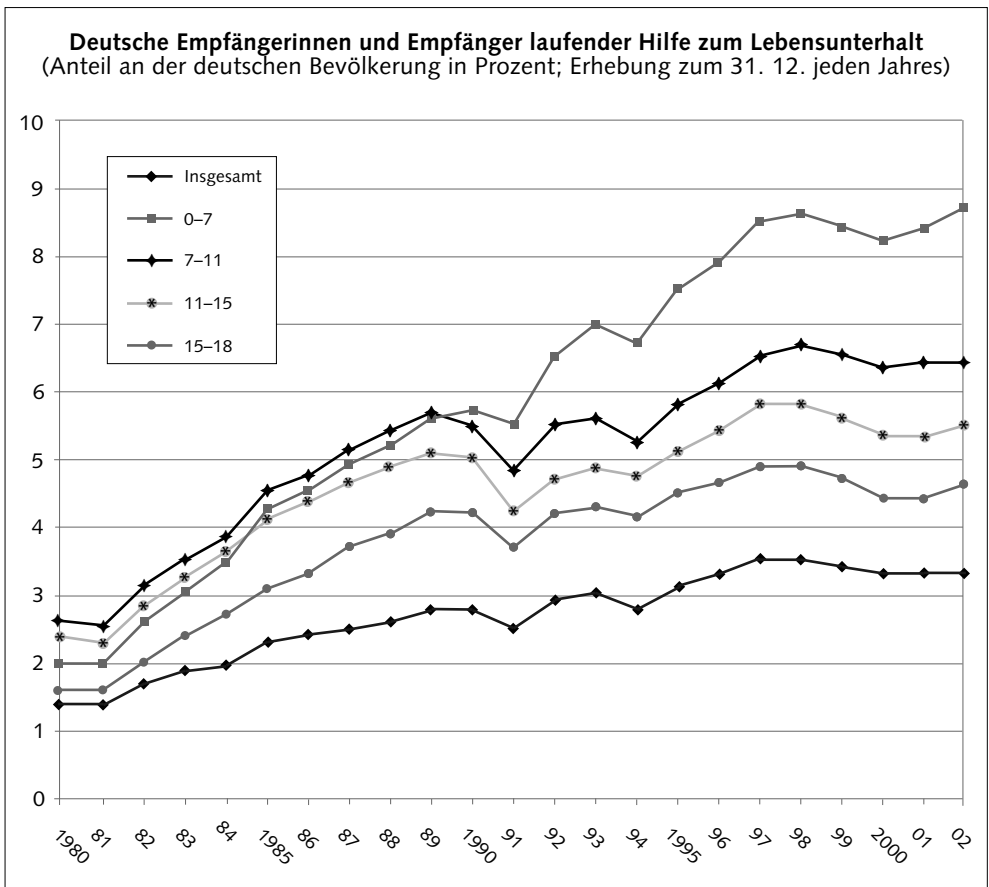


Abb. 9: Die Entwicklung der Armutsquoten von Kindern unterschiedlicher Altersgruppen zwischen 1980 und 2002, festgemacht am Empfang laufender Hilfe zum Lebensunterhalt. Quelle: Merten 2005.

Damit sind wesentliche Aspekte der Lebensbedingungen von Familien angesprochen, die – wie der folgende Abschnitt zeigen wird – auch die Gesundheit der Kinder tangiert. Sie stellen nur einen kleinen Ausschnitt aus der breiten Palette relevanter Faktoren dar, haben aber vielfach weitaus mehr Wirkfaktoren im Schlepptau. Entsprechend soll im Folgenden zunächst versucht werden, einen Überblick über familiäre Schutz- und Risikofaktoren zu geben.

## 4.2.3 Familiäre Risiko- und Schutzfaktoren für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

### Zur Vielfalt und Vernetzung familialer Einflussfaktoren

Die Forschung zu kurz- und langfristigen Auswirkungen familialer Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Gesundheit von Kindern ist in jüngerer Vergangenheit wesentlich vorangetrieben worden. Dabei hat sich aber auch gezeigt, dass die einschlägigen Fragen keineswegs einfach zu beantworten sind. Zunächst sind auch in dem vergleichbar „überschaubaren“ Entwicklungskontext der Familie zahlreiche Faktoren zu differenzieren, die für die Gesundheit der Kinder relevant werden können und damit auch unterschiedliche Ansatzpunkte für gesundheitsbezogene Prävention und Intervention bieten (Klocke und Becker 2003). Eltern beeinflussen die Entwicklung ihrer Kinder über die Weitergabe genetisch-biologisch bestimmter Dispositionen ebenso wie über die im Kontext der Familie etablierten Lebensstile, etwa das Gesundheitsverhalten, die Ernährung, aber auch die Ausgestaltung der Beziehungen und Interaktionen und die damit verbundenen Erfahrungen der Kinder und Jugendlichen. Über die Lebenswelt der Familie erschließen sich zudem die proximalen Kontexte wie Wohnung, Nachbarschaft, mithin die Sozialökologie der kindlichen Entwicklung, die wiederum unterschiedliche Belastungsfaktoren, aber auch Ressourcen bereitstellen mag. Nicht zuletzt sind es die bereits angesprochenen sozioökonomischen Lebensumstände der Familie, die für die kindliche Gesundheit in hohem Maße relevant ist (Lange et al. 2007, Walper 2008).

Entsprechend hat es sich bewährt, bei der Analyse von biologischen, sozialen, umwelt-, personen- und interaktionsbezogenen Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters einen breit gefächerten Ansatz zu wählen, der gerade familialen Faktoren umfangreichen Raum zumisst – von der Frage der Erwünschtheit der Schwangerschaft über die psychische Gesundheit der Eltern, Eheprobleme, Sauberkeitserziehung und Erziehungskompetenzen der Eltern bis hin zu den Wohnverhältnissen und der Schichtzugehörigkeit (Ihle et al. 2002). Niedrige Sozialschicht, frühe Umweltbelastungen und widrige familiäre Bedingungen in der Kindheit (mit acht Jahren) erweisen sich nach Befunden der Mannheimer Kurpfalz-Studie nicht nur in der Kindheit als bedeutsame Prädiktoren von internalisierendem und externalisierendem Problemverhalten, sondern zeigen auch darüber hinaus noch im Jugendalter Zusammenhänge zum Problemverhalten, längerfristig vor allem zu externalisierendem Problemverhalten. Allerdings scheinen in späte-

# 4

ren Entwicklungsphasen letztlich die aktuellen familiären Belastungen bedeutsamer zu sein. Angesichts der Stabilität familiärer Risiken transportieren sie vermutlich auch den Einfluss früherer familialer Lebensbedingungen mit. Interessanterweise sind es weniger die personalen als vielmehr die familiären Bedingungen, die durchgängig gesunde Kinder von Kindern mit anderen Verlaufstypen psychischer Störungen unterscheiden (Ihle et al. 2002).

Nicht nur die Vielfalt möglicher familialer Risikofaktoren macht die Forschung zu Einflüssen der Familie auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu einem anspruchsvollen Unterfangen. Zudem zeigen zahlreiche Befunde, dass viele Einflussfaktoren im Familienkontext auf charakteristische Weise untereinander vernetzt sind. So werden durch die sozioökonomischen Ressourcen der Familie auch Rahmenbedingungen für die Gestaltung der Beziehungen und Interaktionen gesetzt: Finanzielle Knappheit, mangelnde Bildungsressourcen und Arbeitslosigkeit der Eltern sind Belastungsfaktoren, die Risiken für die psychische Gesundheit der Eltern und das Familienklima mit sich bringen (Walper 2008). Stressbelastungen der Eltern können ihrerseits die Qualität der Paarbeziehung und des elterlichen Erziehungsverhaltens in Mitleidenschaft ziehen (Cina und Bodenmann 2009). Zudem haben sich Partnerschaftsprobleme vielfach als Risikofaktor für die Eltern-Kind-Beziehung erwiesen (Erel und Burman 1995, Krishnakumar und Buehler 2000).

Diesen Interdependenzen gilt es Rechnung zu tragen, wenn man differenzierten Aufschluss über die Bedeutung einzelner Faktoren für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erhalten möchte, denn vielfach mag sich hinter einem vermeintlich relevanten Risikofaktor ein viel bedeutsamerer anderer Faktor verbergen. Gleichzeitig richtet sich eine wesentliche Frage darauf, welche Prozesse die Einflüsse einzelner Familienmerkmale erklären, das heißt, welche weiteren Faktoren in deren Wirkung hineinspielen und diese vermitteln. Entsprechende Modellvorstellungen zur Wirkung von elterlichem Stress auf das kindliche Problemverhalten haben etwa Cina und Bodenmann (2009) vorgestellt, indem sie die Folgen von Stress auf die psychische Befindlichkeit der Eltern, deren Konfliktkommunikation und das Erziehungsverhalten untersuchen. Hier wie auch in zahlreichen anderen Studien erwies sich das Erziehungsverhalten der Eltern als zentrale Schaltstelle (bzw. Mediator), über die vielfältige andere Einflussfaktoren der Familie – wenn nicht vollständig, so doch zumindest partiell – auf die psychische Entwicklung der Kinder wirken (Petermann und Petermann 2006, Reichle und Gloger-Tippelt 2007). Während in der Studie von Cina und Bodenmann (2009) die abträgliche Wirkung problematischer Erziehungsstrategien wie Nachgiebigkeit und Überreagieren der Eltern aufgezeigt werden konnte, hat sich ein autoritativer Erziehungsstil als besonders entwicklungsförderlich erwiesen, der ein hohes Maß an Wärme mit klaren Regeln und Strukturen sowie entwicklungsangemessenen Kompetenzanforderungen an die Kinder verbindet (Baumrind 1988, Steinberg 2001, Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen 2005). Die hierfür erforderlichen Erziehungs Kompetenzen scheinen allerdings durchaus anfällig zu sein für Belastungen der elterlichen Befindlichkeit und des Fami-

lienklimas, in das das Erziehungsgeschehen und die Gestaltung der Eltern-Kind-Beziehung eingebettet sind.

Zusätzlich kompliziert wird die Forschung dadurch, dass die genannten Faktoren nicht isoliert wirken. Zumeist erlaubt erst die breite Kenntnis unterschiedlicher Risiko- und Schutzfaktoren eine gewisse Vorhersage der kindlichen Entwicklung. Vieles spricht dafür, dass merkliche Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung kaum zulasten einzelner isolierter Faktoren gehen, sondern dass es eher die Anhäufung von Risiken ist, die gesundheitsmindernd wirkt (Ihle et al. 2002). Zudem mögen einzelne Faktoren auf spezifische Weise zusammenwirken, sodass sie erst in charakteristischen Risikokonstellationen ihre Wirkung entfalten. Hierbei befasst sich gerade die neuere Forschung intensiv mit dem Zusammenspiel genetisch-biologischer Faktoren einerseits und dem Einfluss sozialer Faktoren im Familienkontext andererseits (Caspi et al. 2005, Meyer-Probst und Reis 1999).

Wesentliche Erkenntnisse hat die Forschung zum einen aus intensiven Längsschnittstudien gewonnen, die es erlauben, auch Spätfolgen früherer Erfahrungen im Kontext von familiären Risiko- und Schutzfaktoren zu verfolgen und gleichzeitig der wechselseitigen Interdependenz einzelner Faktoren im Zeitverlauf – auch den Rückwirkungen der kindlichen Entwicklung auf das Familienleben und insbesondere die Gestaltung der Familienbeziehungen – Rechnung zu tragen. Zum anderen haben breit angelegte Gesundheitssurveys wie KiGGS (siehe [www.kiggs.de](http://www.kiggs.de)) oder der Jugendgesundheitsurvey (Hurrelmann et al. 2003) dazu beigetragen, auf Basis epidemiologischer Daten die Verbreitung und Kumulation einzelner Risiko- und Schutzfaktoren zu ermitteln und in Beziehung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu setzen. Demgegenüber sind gezielte Interventionsstudien, die im Bereich der Familie ansetzen, in Deutschland noch eher rar gesät und vor allem auf die Prävention von Verhaltensstörungen ausgerichtet. Auch hier zeichnen sich jedoch positive Entwicklungen ab, die vor allem zeigen, dass eine Stärkung elterlicher Erziehungskompetenzen möglich und für die kindliche Entwicklung förderlich ist (Beelmann 2007, Weiss et al. 2007).

Im Folgenden soll nun auf zwei Risikofaktoren fokussiert werden: Zum einen auf die Bedeutung von Armut im Familienkontext für die Gesundheit von Kindern, zum anderen auf die Rolle einer elterlichen Trennung und Scheidung. Beide Faktoren lassen illustrieren, wie in ihrer Gefolgschaft unterschiedliche familiäre Prozesse zusammenspielen. Damit kann nochmals an konkreten Forschungsbeispielen auf die Vernetzung familialer Einflussfaktoren eingegangen werden.

### **Armut als Risikofaktor für Familien und Kinder**

Zahlreiche internationale wie auch deutsche Studien zeigen auf, dass Armut und niedrige Schichtzugehörigkeit ein erhöhtes Risiko für unterschiedliche gesundheitliche Belastungen der Kinder bergen (Erhart et al. 2007, Klocke und Becker 2003; vgl. auch

Walper 2008). Diese Gesundheitsrisiken können schon pränatal einsetzen und sogar bis ins Erwachsenenalter reichen (vgl. Seccombe 2000). Schon das Überleben von Säuglingen ist in deprivierten Lagen gefährdet (Mielck 2001). Mit dem schlechteren Gesundheitsverhalten der Mütter während der Schwangerschaft, der geringeren Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen und der erhöhten Konfrontation mit Umweltgiften sind die Risiken pränataler Schädigungen, einer Frühgeburt und eines geringen Geburtsgewichts erhöht (vgl. Seccombe 2000). Dies wiederum steigert die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder in Armut akute und chronische Krankheiten entwickeln (Bradley et al. 1994, Children's Defense Fund 1998). So leiden Kinder in Armutsfamilien häufiger unter Eisenmangel, Durchfällen sowie Infektionskrankheiten und entwickeln häufiger schweres Asthma (vgl. Mielck 2001, Seccombe 2000).

Auch nach Befunden des Gesundheitssurveys Nordrhein-Westfalen klagen die ärmsten Kinder und Jugendlichen häufiger über Kopfschmerzen und Unwohlsein, können schlechter einschlafen und schätzen ihren Gesundheitszustand insgesamt schlechter ein als die übrigen Gruppen, insbesondere im Vergleich zu Gleichaltrigen aus den privilegierten oberen 6% der Familien (Klocke 1996). Ähnliche Befunde erbrachte der Jugendgesundheitsurvey 2002 (Klocke und Becker 2003). Ebenso zeigt sich im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), dass Eltern mit niedrigem Sozialstatus den allgemeinen Gesundheitszustand ihres Kindes seltener als „sehr gut“ einschätzen als Eltern mit mittlerem und hohem Status dies tun, und zwar über alle Altersgruppen hinweg (Lange et al. 2007). Während insgesamt 47,6% der Eltern mit hohem Sozialstatus die Gesundheit ihrer Kinder als „sehr gut“ beurteilen, gilt dies nur für 32,4% der Eltern mit niedrigem Status. Bei 0- bis 2-jährigen Kindern fällt der Unterschied allerdings noch etwas geringer aus als bei älteren Kindern. Interessanterweise bleibt der Effekt der Schichtzugehörigkeit annähernd unverändert, wenn noch andere demografische Merkmale, etwa der Migrationshintergrund der Kinder, berücksichtigt werden. Umgekehrt scheint aber der vielfach niedrige Sozialstatus von Migrantenkindern zumindest teilweise deren schlechtere Gesundheit zu erklären.

Nicht zuletzt die ungünstigere Ernährung (Kamensky 2000) und mangelndes Gesundheitsverhalten ökonomisch deprivierter Kinder (Klocke 1996) dürften hierbei eine wesentliche Rolle spielen. So starten nach Daten des Jugendgesundheitsurveys 21,9% der sozial benachteiligten Kinder (unteres Quintil der Wohlstandsverteilung) nie mit einem Frühstück in den Schultag, während dies nur für 12,8% der privilegierten Kinder gilt (oberes Quintil der Wohlstandsverteilung); sozial benachteiligte Kinder treiben auch deutlich seltener Sport (Klocke und Becker 2003).

Armut, finanzielle Verknappung und Arbeitslosigkeit beeinträchtigen jedoch nicht nur das körperliche, sondern auch das seelische Wohlbefinden. Mangelnde sozioökonomische Ressourcen der Familie tragen vor allem zu Minderwertigkeitsgefühlen der betroffenen Kinder bei (Klocke 1996, Walper 2008). Solche Belastungen des Selbstwertgefühls beruhen insbesondere auf der subjektiv empfundenen Benachteiligung (Bacher 1997,

Walper et al. 2001) und finden sich keineswegs erst im Jugendalter, sondern betreffen auch schon jüngere Altersgruppen. Entsprechende emotionale Belastungen der Kinder können sich einerseits in Ängstlichkeit, Depressivität und Gefühlen der Traurigkeit und Hilflosigkeit (internalisierende Symptome) niederschlagen, andererseits aber auch als Ärgerreaktionen, Feindseligkeit, Aggressivität und erhöhter Bereitschaft zu Normverstößen (externalisierende Symptome). Ein erhöhtes internalisierendes oder externalisierendes Problemverhalten bei Kindern in Armut findet sich ab der frühen Kindheit bis ins Jugendalter hinein (Eamon 2002, Schwartz et al. 1997, Walper 2008). Schon Kinder im Alter von fünf Jahren neigen zu mehr Ängstlichkeit, Niedergeschlagenheit und Depressivität wie auch zu Wutausbrüchen und ausagierendem Problemverhalten, wenn die Familie mit unangemessen niedrigem Einkommen wirtschaften muss – unabhängig von anderen Risikofaktoren wie ethnischer Zugehörigkeit, elterlichem Bildungsniveau, der Familienkonstellation und dem Geburtsgewicht der Kinder (Duncan et al. 1994). Hierbei sprechen eine Reihe von Befunden für kumulative Belastungseffekte chronischer Armut (zum Beispiel Beisenherz 2007 oder Duncan et al. 1994).

Als ausschlaggebend für Beeinträchtigungen der Befindlichkeit und erhöhtes Problemverhalten bei Kindern aus deprivierten Familien sind vor allem die stärkeren Belastungen familiärer Beziehungen und Interaktionen herausgestellt worden, die vielfach in Armutslagen zu finden sind (Conger et al. 1997, NICHD and Human Development Early Child Care Research Network 2005, Pinderhughes et al. 2000). Elder und Conger konnten zeigen, dass objektive Härten in den sozioökonomischen Ressourcen der Familie zunächst zu erhöhtem finanziellem Druck führen, der sich in der alltäglichen Haushaltsführung bemerkbar macht. Dieser Druck unterminiert dann seinerseits die psychischen Ressourcen der Eltern, provoziert bei Paaren mehr Konflikte und Unstimmigkeiten und belastet auch auf diesem Weg letztlich ihr Interaktionsverhalten gegenüber den Kindern (vgl. auch Walper 2008). Die elterliche Feinfühligkeit gegenüber kindlichen Bedürfnissen sinkt, ebenso wie die liebevolle Zuwendung und achtsame Überwachung kindlicher Aktivitäten und Belange, während elternorientierte Strategien der Machtdurchsetzung zunehmen. Hierbei kommt auch zum Tragen, dass finanziell bedingter Stress zu einem undifferenziert-kritischen Blick der Eltern auf ihre Kinder sowie ungünstige kognitiv-emotionale Prozesse in der Einschätzung der Kinder beiträgt (Pinderhughes et al. 2000). Damit reduziert sich die Wahrscheinlichkeit eines entwicklungsförderlichen Erziehungsstils, wie er im Konzept autoritativer Erziehung angesprochen wird.

Dass sich solche Auswirkungen von Armut und finanzieller Knappheit nicht nur kurzfristig zeigen, sondern auch über längere Zeit hinweg anhalten können, erbrachten eigene Analysen längsschnittlicher Daten von Jugendlichen und deren Müttern (Walper 2009a). Hierbei wurde ökonomische Deprivation aus der Sicht der Jugendlichen und aus Sicht der Mütter mit somatischen Beschwerden, Selbstwertgefühl und Depressivität der Jugendlichen sechs Jahre später in Beziehung gesetzt. Es zeigte sich, dass die zuvor erfahrenen finanziellen Belastungen zwar schwache, aber statistisch bedeutsame negative Effekte auf das Wohlbefinden der Jugendlichen auch noch Jahre später ausüben,

selbst wenn die geringeren Bildungsressourcen und eine Trennung der Eltern als Risikofaktor für finanzielle Probleme in Rechnung gestellt werden. Die negativen Spätfolgen waren für Mädchen stärker ausgeprägt als für Jungen. Zumindest teilweise ließen sich die Effekte finanzieller Belastungen darauf zurückführen, dass Mütter in ökonomisch deprivierten Familien zum ersten Befragungszeitpunkt vermehrt negatives Interaktionsverhalten gegenüber ihren Kindern zeigten. Diese indirekten Einflüsse finanzieller Belastungen über die Mutter-Kind-Interaktion waren aber im Wesentlichen auf die Mädchen beschränkt – möglicherweise, weil diese sensibler auf Belastungen der familiären Beziehungen und Interaktionen reagieren.

Solche Befunde, aber auch die positive Wirkung von „income maintenance experiments“, wie sie in den USA für staatliche Unterstützungsprogramme durchgeführt wurden (vgl. Walper 2008), zeigen, dass finanzielle Belastungen ein zentraler Risikofaktor für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind, der vor allem über den resultierenden Stress im Familiensystem die Befindlichkeit der Kinder belastet und auch langfristig abträgliche Folgen zeitigt. Umso wichtiger sind entsprechende Bemühungen, die finanzielle Situation von Familien zu verbessern, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen effektiv abgewendet werden sollen.

## **Trennung und Scheidung als Risikofaktor**

Der zweite familiale Risikofaktor, den ich hier differenzierter in den Blick nehmen will, ist eng mit dem ersten verbunden: So tragen Armut und ökonomischer Druck im Zuge vermehrter Partnerschaftsprobleme zu einer Destabilisierung von Partnerschaften und damit zu einem erhöhten Trennungsrisiko bei. Vor allem aber sind Trennungen vielfach auch ihrerseits Auslöser für ökonomische Probleme, insbesondere für alleinerziehende Frauen (Statistisches Bundesamt 2006): Während nach Daten des Mikrozensus 2005 31 % der alleinerziehenden Mütter auf Arbeitslosengeld bzw. Sozialhilfe angewiesen sind, gilt dies nur für 5 % der Mütter in einer Ehe. Allerdings stehen beim Thema Trennung/Scheidung noch zentraler die Belastungen der familialen Beziehungen im Vordergrund, die sich sowohl im Vorfeld einer Trennung als auch in der Folgezeit manifestieren können.

### *Trennungskinder und Kinder aus Kernfamilien im Vergleich*

Obwohl – wie eingangs erwähnt – auch in Deutschland zahlreiche Kinder und Jugendliche von einer Trennung der Eltern betroffen sind, hat sich die hiesige Scheidungsforschung weniger stark entwickelt als die Scheidungsforschung in den USA (zum Überblick siehe Amato 2000, Clarke-Stewart und Brentano 2006, Hetherington und Kelly 2003, Schwarz und Noack 2002, Walper 2009b). Für die Integration der zahlreichen Befunde, die dort mittlerweile vorliegen, sind Bestandsaufnahmen und Integrationsversuche anhand von Meta-Analysen, wie sie vor allem Paul Amato vorgelegt hat (zum Beispiel Amato 2001), besonders wertvoll. Sie zeigen, dass Unterschiede zwischen Scheidungskindern und Kindern, die in Kernfamilien aufwachsen, in weiten Bereichen der emotio-



nalen, Verhaltens- und Kompetenzentwicklung zu finden sind und durchgängig zum Nachteil der Scheidungskinder ausfallen. Jedoch fallen diese Unterschiede nicht in allen Studien einheitlich aus und sind vor allem im Durchschnitt nur gering.

Auch hiesige Forschungsbefunde sind durchaus heterogen. Während etwa die Befunde aus zwei Erhebungswellen des Kinderpanels des Deutschen Jugendinstituts keine vermehrten Auffälligkeiten in der emotionalen Befindlichkeit oder Verhaltensentwicklung von Grundschulkindern mit alleinerziehender Mutter ausweisen (Walper und Wendt 2005, Wendt und Walper 2007), fanden sich in der Studie von Schick (2002) bei 9- bis 13-jährigen Scheidungskindern durchaus eine gesteigerte Ängstlichkeit, instabileres Leistungsverhalten sowie insgesamt ein erhöhtes Problemverhalten im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern aus Kernfamilien, allerdings fast ausschließlich aus der Sicht der Eltern. Nur in einem Aspekt (Selbstvertrauen) schätzten sich die Scheidungskinder selbst als belasteter ein.

Dass Nachteile von Trennungskindern in deren Selbstauskünften kaum auszumachen sind, legt auch eine andere Studie mit Jugendlichen aus Ost- und Westdeutschland nahe (Walper 2002a). Lediglich in Westdeutschland berichteten die Töchter alleinerziehender Mütter erhöhte Belastungen ihrer Befindlichkeit und Sozialentwicklung. Im Fremdurteil der Mitschülerinnen und Mitschüler ergab demgegenüber die ältere Konstanzer Längsschnittstudie Nachteile für die Sozialentwicklung von Jugendlichen aus Scheidungsfamilien: Sie gehörten seltener zu den beliebten und häufiger zu den unbeachteten Schülerinnen und Schülern als Jugendliche aus Kernfamilien (Fend 1998).

Zudem weist der Jugendgesundheitssurvey Nachteile von Jugendlichen aus Ein-Eltern-Familien hinsichtlich einer Reihe von Indikatoren des Gesundheitsverhaltens und des Gesundheitszustands aus (Klocke und Becker 2003): Jugendliche aus Ein-Eltern-Familien geben eine schlechtere Gesundheit an, rauchen häufiger und frühstücken seltener. Hierbei sind Familien Alleinerziehender mit neuem Partner bzw. neuer Partnerin teilweise, aber nicht durchgängig im Vorteil. Besonders Töchter Alleinerziehender zeigen in der Pubertätsphase vermehrte Beeinträchtigungen ihrer seelischen Gesundheit. Allerdings vermerken die Autoren auch, dass die Unterschiede zwischen den Familienformen insgesamt sehr schwach ausfallen und – im Vergleich zu anderen Faktoren – wenig Varianz ( $< 1\%$ ) aufklären. Der Kinder- und Jugend-Gesundheitssurvey (KiGGS) erbrachte im Vergleich der Familienformen keinen Unterschied in den personalen Ressourcen (Selbstwirksamkeit, Optimismus) und sozialen Ressourcen (erlebte Unterstützung) der Kinder.

### *Die Scheidungs-Stress-Bewältigungsperspektive als Erklärungsmodell*

Für das Verständnis der durchaus unterschiedlichen Reaktionen und Entwicklungsverläufe von Scheidungskindern, die auch den heterogenen Befunden zugrunde liegen, hat sich eine stresstheoretische Forschungsperspektive als hilfreich erwiesen, die den im Einzelfall deutlich variierenden Begleitumständen einer elterlichen Trennung sowie den

unterschiedlichen Ressourcen der betroffenen Familien und ihrer Mitglieder Rechnung trägt (Amato 2000, Hetherington und Stanley-Hagan 1999, Schwarz und Noack 2002, Walper 2002b). Sie lenkt den Blick vor allem auf jene Stressoren, die aus einer Trennung bzw. Scheidung resultieren und zur Erklärung deren Konsequenzen für die Betroffenen thematisieren. Hierzu gehören neben dem Verlust der Haushaltsgemeinschaft mit beiden Eltern auch die Belastungen der Beziehung zwischen beiden Eltern, mit denen die Kinder konfrontiert sein können. Ferner die möglichen psychischen Belastungen der Eltern und deren entsprechend eingeschränkte Fürsorge und Verfügbarkeit für die Kinder sowie nicht zuletzt die finanziellen Engpässe, die Alleinerziehende erleben. So geht es mittlerweile auch weniger darum, lediglich Unterschiede zwischen Scheidungskindern und Kindern aus Kernfamilien auszumachen, sondern im Vordergrund stehen die komplexen Wirkfaktoren, die für solche Unterschiede ausschlaggebend sind.

Eine wesentliche zusätzliche Differenzierung hat die Scheidungsforschung erfahren, als in den 1980er-Jahren begonnen wurde, auch die Zeit *vor* der Trennung in den Blick zu nehmen, um die Auswirkungen einer elterlichen Trennung vor dem Hintergrund vorangegangener Belastungen differenzierter einschätzen zu können. Einschlägige Prospektivstudien haben es erlaubt, mögliche Probleme und Belastungen schon in der Vorphase einer Scheidung in Rechnung zu stellen (Block et al. 1988 und 1986, Cherlin et al. 1991, Furstenberg und Teitler 1994, Malone et al. 2004). Sie legen nahe, dass ein nicht unbedeutender Teil der Nachteile, die Scheidungskinder im Vergleich zu Kindern aus Kernfamilien aufweisen, schon vor der elterlichen Trennung zu beobachten sind und im Kontext von vorgelagerten Beziehungsproblemen im Familienkontext entstehen (vgl. auch Schwarz 1999, Walper 2002b). Derartige Befunde lassen sich zwar auch im Rahmen der Scheidungs-Stress-Bewältigungsperspektive interpretieren, verweisen aber noch stärker auf die Bedeutung von Selektionsfaktoren, die einer Trennung vorausgehen.

### *Differenzielle Entwicklungsverläufe und deren Prädiktoren*

Bedenkt man, dass mit einer Scheidung in aller Regel ein Ausweg aus Beziehungsproblemen gesucht wird, so mag es nicht verwundern, dass sich für die Belastungen der Kinder die Zeit, die seit der elterlichen Trennung vergangen ist, als bedeutsam erwiesen hat. In der Studie von Schick (2002) waren sozialer Rückzug, Problemverhalten und Leistungsbeeinträchtigungen insbesondere bei Kindern aus kurzzeitig zurückliegenden Scheidungen (weniger als zweieinhalb Jahre) erhöht, wenngleich sie in dieser Gruppe nicht häufiger klinisch signifikant ausfielen als in den anderen Gruppen. Dass derartige Nachteile vor allem kurz nach der Trennung gehäuft auftreten, legt auch die Kölner Längsschnittstudie nahe (Schmidt-Denter 2000).

Hier wiesen im ersten Jahr nach der elterlichen Trennung 54% aller betroffenen Kinder erhöhte Belastungssymptome auf. Im Verlauf der Folgejahre reduzierten sich insgesamt die Belastungen der Kinder, sodass rund dreieinhalb Jahre nach der elterlichen Trennung keine signifikanten Unterschiede gegenüber der Normalpopulation mehr auszumachen waren. Insofern scheint es auch plausibel, dass in Studien mit Kindern und Jugendlichen

aus eher längerfristig getrennten Familien seltener Nachteile von Scheidungskindern auszumachen sind (Walper 2009b).

Allerdings finden sich auch umgekehrte Entwicklungsverläufe, bei denen sich die Problembelastung von Kindern und Jugendlichen aus Trennungsfamilien im Verlauf ihrer Entwicklung eher verschärft als verringert. In der Studie „Familienentwicklung nach Trennung der Eltern“ traten Belastungen des Selbstwertgefühls und erhöhte Depressivität von Jugendlichen aus Trennungsfamilien erst im Zeitverlauf hervor (Walper und Beckh 2006) – ein Befund, der vor allem auf die höhere Instabilität der Trennungsfamilien zurückzuführen war (vor allem durch Neugründungen und Trennungen von Stieffamilien). Dass die Entwicklung von Trennungskindern durchaus unterschiedlich ausfallen kann, zeigt auch die Kölner Längsschnittstudie. Hier ließen sich während der ersten knapp vier Jahre nach der elterlichen Trennung drei unterschiedliche Entwicklungsverläufe der Kinder ausmachen (Schmidt-Denter 2001). Während knapp die Hälfte der Kinder als durchgängig hochbelastet einzustufen war (48%), erwies sich ein Drittel der Trennungskinder als erfolgreiche Belastungsbewältiger, deren Belastungssymptome im Zeitverlauf abnahmen (34%). Zusätzlich fand sich noch eine kleinere Gruppe von durchgängig gering belasteten Kindern (18%), die die elterliche Trennung weitgehend unangefochten durchlebten. Wie zu erwarten war, unterschieden sich diese Gruppen vor allem hinsichtlich der sozialen Risikofaktoren und Ressourcen im Familiensystem. Chronisch hochbelastete Kinder hatten eine negativere Beziehung zum getrennt lebenden Vater als Belastungsbewältiger und Geringbelastete, waren häufiger mit ungelösten Partnerschaftsproblemen der Eltern konfrontiert, die einer erfolgreichen Neudefinition der Beziehung entgegenstanden, und mussten mehr Verschlechterungen im Erziehungsstil der Eltern hinnehmen.

### *Die Rolle der Beziehung zwischen den leiblichen Eltern*

Schon die letztgenannten Befunde verweisen darauf, dass die Beziehung zwischen den Eltern eine wesentliche Rolle für die Kinder spielt. So wiesen in der Kölner Längsschnittstudie vor allem diejenigen Kinder eine erhöhte Symptombelastung auf, deren Mütter und Väter (übereinstimmend) eine negative Beziehungsqualität nach der Trennung berichteten (Schmidt-Denter 2001). Kinder sind im Kontext von Trennung und Scheidung vielfach mit beträchtlichen Beziehungsproblemen und Konflikten zwischen den Eltern konfrontiert, die zum Teil durchaus massiv ausfallen. Nach Befunden einer Internetbefragung von Scheidungsvätern berichten 32% von Handgreiflichkeiten im Zuge der Scheidung, wobei es in knapp der Hälfte dieser Fälle auch wiederholt (mehr als zweimal) zu körperlichen Auseinandersetzungen zwischen den Eltern kam (Amendt 2004). Aber auch weniger massive Konflikte können Kinder belasten, wenn diese Konflikte gehäuft auftreten und nicht versöhnlich aufgelöst werden (Davies et al. 2002, Fincham 1998). Dies gilt keineswegs nur in Trennungsfamilien.

Mittlerweile sprechen zahlreiche Forschungsarbeiten dafür, dass gerade die gesteigerte Konflikthaftigkeit der Elternbeziehung, wie sie im Zuge von Trennung und Scheidung

auftritt, einen wesentlichen Stressor für Kinder und Jugendliche darstellt. So lassen sich vielfach die Nachteile von Scheidungskindern darauf zurückführen, dass die Beziehung zwischen den Eltern in Trennungsfamilien stärker konfliktbelastet ist als in Kernfamilien (Amato 2000, Schick 2002). Zudem ähneln die Belastungen von Scheidungskindern denen von Kindern, die in einer konfliktbelasteten Kernfamilie mit disharmonischer Beziehung zwischen den Eltern leben. Vergleicht man diese beiden Gruppen mit denjenigen Kindern, die bei einem harmonischen Elternpaar aufwachsen, so zeigen sich Nachteile von Scheidungskindern nur im Vergleich zu Kindern aus harmonischen Kernfamilien, nicht gegenüber jenen aus Kernfamilien mit geringer Partnerschaftsqualität der Eltern (Reis und Meyer-Probst 1999, Ständer et al. 2007). Letztlich scheinen gesteigerte Konflikte zwischen den Eltern umfassender und auch überdauernder zu Belastungen der Befindlichkeit und Sozialentwicklung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen beizutragen als eine Trennung der Eltern per se (Walper und Beckh 2006).

Allerdings scheinen ausgeprägte Streitigkeiten zwischen den Eltern im Vorfeld einer Trennung bzw. Scheidung zumindest längerfristig eher positive Auswirkungen auf die Scheidungsbewältigung der Kinder bis ins Erwachsenenalter hinein zu haben (Amato und Sobolewski 2001). Während diejenigen, deren Eltern eine zuvor stark strittige Beziehung aufweisen, zu den Scheidungsgewinnern gehören, fällt es Scheidungskindern aus zuvor unauffälligen Ehen deutlich schwerer, den Verlust zu bewältigen. Es liegt nahe, dass eine für Kinder überraschende Trennung der Eltern nachhaltig stärkere Auswirkungen auf deren Befindlichkeit und Lebensbewältigung hat.

### *Belastungen des elterlichen Erziehungsverhaltens und die Rolle des getrennt lebenden Elternteils*

Angesichts der starken emotionalen und praktischen Anforderungen, mit denen sich Eltern im Zuge einer Trennung/Scheidung konfrontiert sehen, liegt es nahe, dass sich der Stress auch in der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung niederschlägt. Damit wird jedoch eine zentrale Ressource der Kinder für die Bewältigung der elterlichen Trennung in Mitleidenschaft gezogen. Insbesondere bei jüngeren Kindern ist das Risiko erhöht, dass deren Vertrauen in die Verlässlichkeit der Eltern als „sicherer Hafen“ erschüttert wird, zumal auch die elterliche Feinfühligkeit unter den scheidungsbedingten Belastungen leiden mag (Spangler 2003). So zeigte sich etwa in einer Untersuchung der Bindungsqualität 6-jähriger Kinder aus Kern- oder Trennungsfamilien mit alleinerziehender Mutter, dass Trennungskinder seltener über eine sichere Bindungsrepräsentation verfügen und im Gegenzug häufiger unsichere Bindungsrepräsentationen aufweisen – insbesondere vermeidende und desorganisierte Bindungsmuster (Gloger-Tippelt und König 2007). Hierbei schien vor allem die Bindung von Jungen unter der elterlichen Trennung zu leiden. Demgegenüber erbrachte eine Beobachtungsstudie mit Kindern im Vorschulalter, dass sich die Mutter-Kind-Interaktion in Ein- und Zwei-Eltern-Familien nicht unterscheidet (Sander und Ermert 1997). Gleichwohl erwies sich die Stressbelastung der Mütter als signifikanter Einflussfaktor: Kinder stressbelasteter Mütter ignorierten mehr deren Hilfe und überspielten häufiger ihre unangenehmen Gefühle.

Auch im Jugendalter finden sich noch Hinweise auf Belastungen der Eltern-Kind-Beziehung in Trennungsfamilien. Nach Daten der Shell-Jugendstudie 2006 berichten Jugendliche mit getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern seltener eine hohe Qualität der Beziehung zu den Eltern (Shell Deutschland Holding 2006). Allerdings sind die Unterschiede eher gering und finden sich nur im oberen Bereich der Beziehungsqualität. Vor allem Konflikte und Antagonismen zwischen den Eltern tragen dazu bei, dass Eltern ihren Kindern weniger Unterstützung geben können und eher inkonsistent-bestrafend reagieren (Walper et al. 2004).

Studien, die einen differenzierten Blick auf die Beziehung zu Mutter und Vater erlauben, legen nahe, dass eine Trennung der Eltern weniger die Beziehung zur Mutter – die in aller Regel der betreuende Elternteil ist – tangiert, während die Beziehung zum Vater stärker unter einer Scheidung leidet (Coiro und Emery 1998, Walper 1998, Walper und Beckh 2006). Dies betrifft nicht nur den verminderten Kontakt bis hin zum Kontaktabbruch, sondern auch die Qualität der Vater-Kind-Beziehung. Kontaktabbrüche scheinen sich einerseits als schleicher Erosionsprozess der Vater-Kind-Beziehungen im Zeitverlauf nach der Trennung zu ergeben, andererseits aus überdauernden Konflikten zwischen den Eltern zu resultieren (Walper 2006). Entsprechend ändert sich auch das subjektive Familienbild der Kinder. In der Kölner Längsschnittstudie zählten sechs Jahre nach der elterlichen Trennung nur noch 70% der teilnehmenden 46 Kinder beide Eltern zu ihrer Familie (Schmidt-Denter und Schmitz 2002).

Wie zu erwarten, stehen Kontakthäufigkeit und Beziehungsqualität nicht unverbunden nebeneinander. Seltene Kontakte gehen eher mit einer geringeren emotionalen Verbundenheit zwischen Vater und Kind einher, wobei nach eigenen Befunden interessanterweise vor allem Mädchen sensibel auf geringe Kontakte zum Vater reagieren (Walper und Gödde 2005). Für beide Geschlechter – Söhne wie Töchter – war jedoch die Konflikthaftigkeit der Elternbeziehung ausschlaggebend: Je mehr Streit es zwischen den Eltern gab, desto belasteter war auch die Beziehung der Jugendlichen zu ihrem Vater, sowohl im Hinblick auf die Verbundenheit als auch hinsichtlich der emotionalen Sicherheit der Töchter und Söhne in dieser Beziehung. Auch die Beziehung zur Mutter leidet unter den Konflikten der Eltern (Walper und Beckh 2006).

Fragt man nach der Bedeutung der Beziehung zum getrennt lebenden Elternteil für die Entwicklung von Scheidungskindern, so erweisen sich nach zahlreichen Befunden eher Aspekte der Beziehungsqualität als der Kontakthäufigkeit als relevant (Amato und Gilbreth 1999). Die stärkste Ressource der Kinder seitens ihrer getrennt lebenden Väter ist deren autoritatives Erziehungsverhalten, also ein liebevoll-konsequenter Erziehungsstil, wie er sich vielfach als zentral für die Entwicklung von Kindern erwiesen hat. Allerdings scheint diese Ressource angesichts anderer Risikofaktoren in Trennungsfamilien weniger ins Gewicht zu fallen (Schick 2002).

## 4.2.4 Perspektiven für die Prävention

Wie schon eingangs erwähnt, liefern die genannten Befunde starke Argumente dafür, bei der Gesundheitsprävention für Kinder und Jugendliche auch in der Familie anzusetzen. Hier bietet sich mittlerweile ein breites Feld an Möglichkeiten, um Eltern als Zielgruppe für Bildungs- und Trainingsangebote einzubeziehen (Weiss et al. 2007). Im Vordergrund fast aller dieser Maßnahmen steht die Stärkung elterlicher Erziehungskompetenzen, da diese den zentralen Wirkfaktor darstellen.

Dies geschieht auch im Rahmen zweier Elternkurse, die unsere Arbeitsgruppe an der Ludwig-Maximilians-Universität München entwickelt hat. So zielt der Elternkurs „Familienteam“ darauf ab, als Maßnahme im Sinne universeller Prävention Eltern von Kindern im Vor- und Grundschulalter anzusprechen (Graf 2005). Dieser Elternkurs, der insgesamt acht jeweils dreistündige Sitzungen in Gruppen von circa zehn Eltern umfasst, ist systematisch aufgebaut (siehe [www.familienteam.org](http://www.familienteam.org)): Zunächst stehen Fragen der Zielrichtung eigener Erziehungsbemühungen im Vordergrund, um dann Werkzeuge zur Gestaltung einer positiven Beziehung, zur Vorbeugung von Problemen in „kritischen“ Situationen und erst gegen Ende des Kurses Strategien der Konfliktlösung zu vermitteln. Der systemische Ansatz, der hier verfolgt wird, zeigt sich vor allem dort, wo auch die Elternallianz als wichtige Ressource für das Gelingen von Erziehung angesprochen wird. Ein zentrales Element ist darüber hinaus der Fokus auf emotionale Kompetenzen der Kinder und deren Förderung im Rahmen des Emotionscoachings seitens der Eltern – ein Aspekt des Erziehungsverhaltens, dessen Relevanz auch über die Vorteile autoritativer Erziehung hinaus gezeigt werden konnte (Gottman und DeClaire 1997, Gottman et al. 1997).

Die Durchführung des Kurses erfolgt entlang eines detaillierten Manuals (Graf und Walper 2002); alle „Werkzeuge“ für die positive Nutzung und Gestaltung erziehungsrelevanter Situationen werden durch praktische Übungen vermittelt, die – zumeist in aufgeteilten Kleingruppen – durch zwei Kursleiterinnen und -leiter angeleitet und begleitet werden. Mittlerweile wurden auch entsprechende Adaptionen des Kurses für die Schulung von Erzieherinnen und Erziehern sowie Lehrerinnen und Lehrern entwickelt und eingesetzt, sodass ein synergistisches Vorgehen nach vergleichbaren Prinzipien in unterschiedlichen Entwicklungskontexten möglich ist (Graf et al. 2006). Die Akzeptanz des Kurses ist hoch; in Kürze werden auch Befunde zur Wirksamkeit des Kurses verfügbar sein.

Noch stärker auf die Zielgruppe von Eltern in Trennungsfamilien zugeschnitten ist der Elternkurs „Kinder im Blick“, der sich stark an Befunden der Scheidungsforschung – nicht zuletzt zur besonderen Risikogruppe hochstrittiger Scheidung – orientiert (Bröning 2009). Dieses Angebot (siehe [www.kinderimblick.de](http://www.kinderimblick.de)) wurde in Kooperation mit dem Familiennotruf München entwickelt und ist ebenfalls manualisiert (Walper et al. 2009). Es umfasst sechs dreistündige Sitzungen in vergleichbarem Setting wie der Elternkurs

„Familienteam“ (rund zehn Teilnehmerinnen/Teilnehmer, zwei Kursleiterinnen/Kursleiter, hier zwingend als gemischt-geschlechtliches Team), wobei allerdings – anders als bei „Familienteam“ – nicht beide Eltern Teilnehmer der gleichen Gruppe sind. Stattdessen verteilen sie sich auf die beiden jeweils parallel angebotenen Gruppen (an einem anderen Wochentag, um die abwechselnde Betreuung der Kinder durch die Eltern zu ermöglichen). Auch bei diesem Kurs ist eine systemische Perspektive grundlegend; ein wesentlicher Fokus ist auf emotionale Bewältigungsressourcen der Eltern und Kinder gerichtet. Fragen der Kommunikation mit dem anderen Elternteil nehmen hier allerdings einen größeren Raum ein und werden im Kursverlauf mit zunehmender Komplexität aufgegriffen. Die Programmelemente beziehen sich auf die drei Fokusse „Ich“ (meine Ziele, meine Bewältigungsressourcen), „mein Kind“ (seine Bedürfnisse im Trennungsgeschehen und im Erziehungsalltag, förderliche Erziehungsstrategien) und „Wir“ (Bedeutung des anderen Elternteils für Scheidungskinder, Konfliktvermeidung in der Interaktion mit dem anderen Elternteil, Möglichkeiten und Grenzen der Kooperation), die abwechselnd thematisiert werden. Auch hier haben praktische Übungen (Selbsterfahrung, Rollenspiele) einen hohen Stellenwert. Der Kurs hat eine hohe bis sehr hohe Akzeptanz bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, wobei Mütter den Kurs etwas besser einschätzen als Väter (Bröning 2009).

In beiden Kursangeboten steht das Anliegen an oberster Stelle, das Kindeswohl zu stärken und Belastungen der kindlichen Gesundheit vorzubeugen, indem Risiken ab- und Ressourcen aufgebaut werden. Hierbei möglichst frühzeitig anzusetzen, hat sich als äußerst effektiv erwiesen, da Risiken in frühen Phasen der Familienentwicklung noch leichter abgefangen werden können und Kinder in ihrem Entwicklungsverlauf auch wirksamer positiv beeinflusst werden können (Layzer et al. 2001). In den letzten Jahren hat sich der Fokus noch weiter nach vorn verlagert auf die Phase von der Schwangerschaft bis zum vierten Lebensjahr des Kindes – eine gleichermaßen kritische wie auch chancenreiche Phase der Familienentwicklung. Entsprechende Programme im Rahmen der „Frühen Hilfen“ ([www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)) verfolgen das Anliegen, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern durch alltagspraktische Unterstützung, vor allem aber auch durch eine Stärkung elterlicher Beziehungs- und Erziehungs Kompetenzen. So steht auch hier das Beziehungsgeflecht für Kinder im Vordergrund, vorrangig im Kontext der Familie, die der zentrale Adressat der Angebote ist. Darüber hinaus soll aber im Rahmen der „Frühen Hilfen“ das Netz breiter gespannt werden: als Netzwerk lokaler und regionaler Unterstützungsangebote seitens der Institutionen und Professionen im Bereich der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste. Ein solcher Zugang trägt in besonderer Weise dem Umstand Rechnung, dass Chancen und Ressourcen der Kinder im Kontext der Familie auch auf Ressourcen für Familien angewiesen sind. Es bleibt zu hoffen, dass auch zukünftig starke Anstrengungen unternommen werden, um Familien in ihren Bemühungen um das Wohlergehen der nachwachsenden Generation eine wirkungsvolle und nachhaltige Unterstützung zukommen zu lassen.

## Literatur

- Amato, P. R. (2000): The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and the Family*, 62, pp. 1269–1287.
- Amato, P. R. (2001): Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 15 (3), pp. 355–370.
- Amato, P. R., Gilbreth, J. G. (1999): Nonresident fathers and children's well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 61, pp. 557–573.
- Amato, P. R., Sobolewski, J. M. (2001): The effects of divorce and marital discord on adult children's psychological well-being. *American Sociological Review*, 66, pp. 900–921.
- Amendt, G. (2004): *Scheidungsväter: Institut für Geschlechter- und Generationenforschung*, Bremen.
- Bacher, J. (1997): Einkommensarmutsgefährdung von Kindern in Österreich und deren Auswirkungen auf die Schullaufbahn und das subjektive Wohlbefinden – Eine Sekundäranalyse des sozialen Surveys. *Sozialwissenschaftliche Rundschau*, 1, S. 39–62.
- Baumrind, D. (1988): Rearing competent children. In: Damon, W. (Ed.): *Child development today and tomorrow*, pp. 349–378. San Francisco, CA, Jossey-Bass.
- Beelmann, A. (2007): Förderung von Erziehungskompetenzen bei Eltern. Konzeption und Beschreibung eines Elterntrainings zur Prävention von Verhaltensstörungen bei Vor- und Grundschulkindern. In: Röhrle, B. (Hg.): *Prävention und Gesundheitsförderung, Band III: Kinder und Jugendliche*, S. 279–293. Tübingen, dgvt-Verlag.
- Beisenherz, G. (2007): Wohlbefinden und Schulleistung von Kindern armer Familien. Auswirkungen der Dauer der Armut auf Grundschulkindern. In: Alt, C. (Hg.): *Kinderleben – Start in die Grundschule*, S. 189–210. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bien, W., Hartl, A., Teubner, M. (2002): Einführung: Stieffamilien in Deutschland. In: Bien, W., Hartl, A., Teubner, M. (Hrsg.): *Stieffamilien in Deutschland*, S. 9–20. Opladen, Leske + Budrich.
- Block, J., Block, J. H., Gjerde, P. F. (1988): Parental functioning and the home environment in families of divorce: Prospective and concurrent analyses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, pp. 207–213.
- Block, J. H., Block, J., Gjerde, P. F. (1986): The personality of children prior to divorce: A prospective study. *Child Development*, 57, pp. 827–840.
- Bradley, R. H., Whiteside, L., Munford, D. J., Casey, P. H., Kelleher, K. J., Pope, S. K. (1994): Early indications of resilience and their relation to experiences in the home environments of lowbirth weight, premature children living in poverty. *Child Development*, 65, pp. 346–360.
- Bröning, S. (2009): *Kinder im Blick. Theoretische und empirische Grundlagen eines Gruppenangebots für Familien in konfliktbelasteten Trennungssituationen*. München, Waxmann.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2004): *Lebenslagen in Deutschland. Der zweite Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2008): *Lebenslagen in Deutschland. Der dritte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*: <http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/familie,did=20208.html>.
- Butterwegge, C., Holm, K., Imholz, B., Klundt, M., Michels, C., Schulz, U., Zander, M. (2003): *Armut und Kindheit. Ein regionaler, nationaler und internationaler Vergleich*. Opladen, Leske + Budrich.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., Taylor, A., Poulton, R. (2005): Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 25, S. 133–145.
- Cherlin, A. J., Furstenberg, F. F., Chase-Lansdale, J. P. L., Kiernan, K. E., Robins, P. K., Morrison, D. R., Teitler, J. O. (1991): Longitudinal Studies of Effects of Divorce on Children in Great Britain and the United States. *Science*, 252, pp. 1386–1389.
- Children's Defense Fund (1998): *The state of America's children yearbook*. Washington, D. C., Children's Defense Fund.
- Cina, A., Bodenmann, G. (2009): Zusammenhang zwischen Stress der Eltern und kindlichem Problemverhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 18, S. 39–48.



- Clarke-Stewart, A., Brentano, C. (2006): *Divorce: causes and consequences*. New Have, CT, Yale University Press.
- Coiro, M. J., Emery, R. E. (1998): Do marriage problems affect fathering more than mothering? A quantitative and qualitative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1 (1), pp. 23–40.
- Conger, R. D., Conger, K. J., Elder, G. H. J. (1997): Family economic hardship and adolescent adjustment: mediating and moderating processes. In: Duncan, G. J., Brooks-Gunn, J. (Eds.): *Consequences of growing up poor*, pp. 288–310. New York, Russell Sage Foundation.
- Davies, P. T., Harold, G. T., Goeke-Morey, M. C., Cummings, E. M. (2002): Child emotional security and interparental conflict. *Monographs of the Society for Research in Child Development (Serial No. 270, Vol. 67, No. 3)*. Boston, MA, Blackwell.
- Duncan, G. J., Brooks-Gunn, J., Klebanov, P. K. (1994): Economic deprivation and early childhood development. *Child Development*, 65, pp. 296–318.
- Eamon, M. K. (2002): Influences and Mediators of the Effect of Poverty on Young Adolescent Depressive Symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, pp. 231–242.
- Emmerling, D. (2007): Ehescheidungen 2005. *Wirtschaft und Statistik* (2), S. 159–168.
- Engstler, H., Menning, S. (2003): *Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik*. Berlin, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Erel, O., Burman, B. (1995): Interrelatedness of marital relations and parent-child-relations: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 118 (1), pp. 108–132.
- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., Schlack, R. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt*, 50, S. 800–809.
- Fend, H. (1998): *Eltern und Freunde. Soziale Entwicklung im Jugendalter*. *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz in der Moderne*, Band 5. Bern, Huber.
- Fincham, F. D. (1998): Child development and marital relations. *Child Development*, 69 (2), pp. 543–574.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Kraus, G., Rönna, M. (2005): *Wissenschaftliche Begleitforschung – Projekt Stärkung der Erziehungskraft der Familie durch und über den Kindergarten*. Vortrag auf der Didacta 05.03.2005.
- Furstenberg, F. F., Jr., Teitler, J. O. (1994): Reconsidering the effects of marital disruption: What happens to children of divorce in early adulthood. *Journal of Family Issues*, 15, pp. 173–190.
- Gloger-Tippelt, G., König, L. (2007): Attachment representations of 6-year-old children from one and two parent families in Germany. *School Psychology International*, 28, pp. 313–330.
- Gottman, J. M., DeClaire, J. (1997): *Kinder brauchen emotionale Intelligenz. Ein Praxisbuch für Eltern*. München, Heyne.
- Gottman, J. M., Katz, L. F., Hooven, C. (1997): Meta-emotion: How families communicate emotionally, links to child peer relations, and other developmental outcomes. Mahwah, N. J., Erlbaum.
- Graf, J. (2005): *FamilienTeam – das Miteinander stärken. Das Geheimnis glücklichen Zusammenlebens*. Freiburg, Herder.
- Graf, J., Kunstmann, E., Walper, S., Weigl, E. (2006): Sonderpädagogische Schwerpunkte in der Prävention von Verhaltensauffälligkeiten im Kindergartenalter. *Sonderpädagogik in Bayern*, 49 (3), S. 47–53.
- Graf, J., Walper, S. (2002): *Familienteam – Das Miteinander stärken. Kursleitermanual für den Elternkurs*. Department Psychologie, Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Hetherington, E. M., Kelly, J. (2003): *Scheidung. Die Perspektiven der Kinder*. Weinheim, Beltz.
- Hetherington, E. M., Stanley-Hagan, M. (1999): The adjustment of children with divorced parents: a risk and resiliency perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (1), pp. 129–140.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2003): *Jugendgesundheitsurvey*. Weinheim, Juventa.
- Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. H., Blanz, B. (2002): Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 11, S. 201–211.

- Kamensky, J. (2000): Kinderarmut – Folgen für die Ernährung. In: Kamensky, J., Heusohn, L., Klemm, U. (Hrsg.): *Kindheit und Armut in Deutschland. Beiträge zur Analyse, Prävention und Intervention*, S. 86–106. Ulm, Klemm und Oelschlaeger.
- Klocke, A. (1996): Aufwachsen in Armut. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 16 (4), S. 390–409.
- Klocke, A., Becker, U. (2003): Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*, S. 183–241. Weinheim, Juventa.
- Krishnakumar, A., Buehler, C. (2000): Interparental conflict and parenting behaviors. A meta-analytic review. *Family Relations*, 49, pp. 25–44.
- Kucklick, C. (2002): Die hohe Kunst des Helfens. *GEO*, 4, S. 126–154.
- Lange, M., Kamtsiuris, P., Lange, C., Rosario, A. S., Stolzenberg, H., Lampert, T. (2007): Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. *Bundesgesundheitsblatt*, 50 (5/6), S. 578–589.
- Lauterbach, W. (1999): Die Dauer nichtehelicher Lebensgemeinschaften. Alternative oder Vorphase zur Ehe? In: Klein, T., Lauterbach, W. (Hrsg.): *Nichteheliche Lebensgemeinschaften – Analyse zum Wandel partnerschaftlicher Lebensformen*. S. 269–308. Opladen.
- Layzer, J. I., Goodson, B. D., Bernstein, L., Price, C. (2001): National evaluation of family support programs. Volume A: The meta-analysis. Cambridge, MA, Abt Associates Inc.
- Malone, P. S., Lansford, J. E., Castellino, D. R., Berlin, L. J., Dodge, K. A., Bates, J. E., Pettit, G. S. (2004): Divorce and Child Behavior Problems: Applying Latent Change Score Models to Life Event Data. *Structural Equation Modeling*, 11 (3), pp. 401–423.
- Merten, R. (2005): Aufwachsen in Armut – Belastungen und Belastungsbewältigung. *Zeitschrift für Pädagogik*, 51, S. 149–153.
- Meyer-Probst, B., Reis, O. (1999): Von der Geburt bis 25 Jahre – Rostocker Längsschnittstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 13, S. 23–38.
- Mielck, A. (2001): Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der sozial-epidemiologischen Forschung in Deutschland. In: Klocke, A., Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Kinder und Jugendliche in Armut*. 2. vollst. überarb. Aufl., S. 230–253. Opaten, Westdeutscher Verlag.
- Nauck, B. (2001): Der Wert von Kindern für ihre Eltern. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 53 (3), S. 407–435.
- NICHD and Human Development Early Child Care Research Network (2005): Duration and Developmental Timing of Poverty and Children's Cognitive and Social Development from Birth through Third Grade. *Child Development*, 76 (4), pp. 795–810.
- Noack, P. (2002): Familie und Peers. In: Hofer, M., Wild, E., Noack, P. (Hrsg.): *Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung*, S. 143–167. Göttingen, Hogrefe.
- Petermann, U., Petermann, F. (2006): Erziehungskompetenz. *Kindheit und Entwicklung*, 15 (1), S. 1–8.
- Pinderhughes, E. E., Bates, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., Zelli, A. (2000): Discipline Responses: Influences of Parents' Socioeconomic Status, Ethnicity, Beliefs about parenting, Stress, and Cognitive-Emotional Processes. *Journal of Family Psychology*, 14 (3), pp. 380–400.
- Reichle, B., Gloger-Tippelt, G. (2007): Familiäre Kontexte und sozial-emotionale Entwicklung. *Kindheit und Entwicklung*, 16, S. 199–208.
- Reis, O., Meyer-Probst, B. (1999): Scheidung der Eltern und Entwicklung der Kinder: Befunde der Rostocker Längsschnittstudie. In: Walper, S., Schwarz, B. (Hrsg.): *Was wird aus den Kindern? Chancen und Risiken für die Entwicklung von Kindern aus Trennungs- und Stieffamilien*, S. 49–72. Weinheim, Juventa.
- Resch, F. (2001): Der Einfluss gesellschaftlicher Rahmenbedingungen auf die kindliche Entwicklung. In: Gebauer, K., Hüther, G. (Hrsg.): *Kinder brauchen Wurzeln*, S. 90–106. Düsseldorf, Walter.
- Röhrle, B. (Hg.) (2007): *Prävention und Gesundheitsförderung, Band III: Kinder und Jugendliche*. Tübingen, dgvt-Verlag.

- Sander, E., Ermert, C. (1997): Interaction behaviour of preschool children from single and two parent families. *Journal of Divorce, Remarriage*, 26 (3/4), pp. 57–63.
- Sardon, J.-P., Robertson, G. D. (2004): Recent demographic trends in developed countries. *Population*, 59 (2), pp. 263–314.
- Schick, A. (2002): Behavioral and emotional differences between children of divorce and children from intact families: Clinical significance and mediating processes. *Swiss Journal of Psychology*, 61, pp. 5–14.
- Schmidt-Denter, U. (2000): Entwicklung von Trennungs- und Scheidungsfamilien: Die Kölner Längsschnittstudie. In: Schneewind, K. A. (Hg.): *Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis*, S. 203–221. Göttingen, Hogrefe.
- Schmidt-Denter, U. (2001): Differentielle Entwicklungsverläufe von Scheidungskindern. In: Walper, S., Pekrun, R. (Hrsg.): *Familie und Entwicklung. Aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie*, S. 292–313. Göttingen, Hogrefe.
- Schmidt-Denter, U., Schmitz, H. (2002): Familiäre Strukturen sechs Jahre nach der elterlichen Trennung. In: Walper, S., Schwarz, B. (Hrsg.): *Was wird aus den Kindern? Chancen und Risiken für die Entwicklung von Kindern aus Trennungs- und Stieffamilien*, S. 73–90. Weinheim, Beltz.
- Schneewind, K. A. (1999): *Familienpsychologie*. 2. Aufl. Stuttgart, Kohlhammer.
- Schneewind, K. A., Ruppert, S. (1995): *Familien gestern und heute: ein Generationenvergleich über 16 Jahre*. München, Quintessenz.
- Schwartz, D., Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E. (1997): The early socialization of aggressive victims of bullying. *Child Development*, 68 (4), pp. 665–675.
- Schwarz, B. (1999): *Die Entwicklung Jugendlicher in Scheidungsfamilien*. Weinheim, Beltz PVU.
- Schwarz, B., Noack, P. (2002): Scheidung und Ein-Elternteil-Familien. In: Hofer, M., Wild, E., Noack, P. (Hrsg.): *Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung*, S. 312–335. Göttingen, Hogefefe.
- Secombe, K. (2000): Families in Poverty in the 1990s: Trends, Causes, Consequences, and Lessons Learned. *Journal of Marriage and the Family*, 62, pp. 1094–1113.
- Shell Deutschland Holding (Hg.) (2006): *Jugend 2006. Eine pragmatische Generation unter Druck*. Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag.
- Spangler, G. (2003): Beiträge der Bindungsforschung zur Situation von Kindern aus Trennungs- und Scheidungsfamilien. *Zeitschrift für Rechtspsychologie*, 13 (Sonderheft 1), S. 76–90.
- Ständer, D., Kuschel, A., Heinrichs, N., Bertram, H., Naumann, S. (2007): Der Einfluss von Familientyp und Partnerschaftsqualität auf die psychische Situation von Müttern und Kindern. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 54 (3), S. 236–247.
- Statistisches Bundesamt (2006): *Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2008): „Zahl der Ehescheidungen ging in 2007 um 2 % zurück“. Pressemitteilung 317 vom 28.08.2008. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Steinberg, L. (2001): We know some things: parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11 (1), pp. 1–19.
- Walper, S. (1998): Die Individuation in Beziehung zu beiden Eltern bei Kindern und Jugendlichen aus konfliktbelasteten Kernfamilien und Trennungsfamilien. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 18, S. 134–151.
- Walper, S. (2002a): Einflüsse von Trennung und neuer Partnerschaft der Eltern. Ein Vergleich von Jungen und Mädchen in Ost- und Westdeutschland. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 22 (1), S. 25–46.
- Walper, S. (2002b): Verlust der Eltern durch Trennung, Scheidung oder Tod. In: Oerter, R., Montada, L. (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie*. 5., vollst. überarb. Aufl., S. 818–832. München, Psychologie Verlags Union.
- Walper, S. (2005): Tragen Veränderungen in den finanziellen Belastungen von Familien zu Veränderungen in der Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen bei? *Zeitschrift für Pädagogik*, 51, S. 170–191.

- Walper, S. (2006): Das Umgangsrecht im Spiegel psychologischer Forschung. In: Deutscher Familiengerichtstag e.V. (Hg.): Sechzehnter Deutscher Familiengerichtstag vom 14. bis 17. September 2005 in Brühl, S. 100–130. Bielefeld, Giesecking Verlag.
- Walper, S. (2008): Sozialisation in Armut. In: Hurrelmann, K., Grundmann, M., Walper, S. (Hrsg.): Handbuch der Sozialisationsforschung, S. 204–214. Weinheim, Beltz.
- Walper, S. (2009a): Links of Perceived Economic Deprivation to Adolescents' Well-Being Six Years Later. Zeitschrift für Familienforschung.
- Walper, S. (2009b): Trennung und Scheidung – Folgen für Kinder im Spiegel deutscher Forschung. Kreuth.
- Walper, S., Beckh, K. (2006): Adolescents' development in high-conflict and separated families. Evidence from a German longitudinal study. In: Clarke-Stewart, A., Dunn, J. (Eds.): Families count: Effects on child and adolescent development, pp. 238–270. Cambridge, MA, Cambridge University Press.
- Walper, S., Bröning, S., Krey, M., in Zusammenarbeit mit dem Team des Familiennotruf München (2009): Kinder im Blick. Ein Training für Eltern in Trennung. Trainerleitfaden (Stand 10.02.2009). München, Ludwig-Maxilians-Universität.
- Walper, S., Gerhard, A.-K., Schwarz, B., Gödde, M. (2001): Wenn an den Kindern gespart werden muss: Einflüsse der Familienstruktur und finanzieller Knappheit auf die Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen. In: Walper, S., Pekrun, R. (Hrsg.): Familie und Entwicklung. Perspektiven der Familienpsychologie, S. 266–291. Göttingen, Hogrefe.
- Walper, S., Gödde, M. (2005): Jugendliche und ihre Beziehung zum Vater. Ein Vergleich von Kern-, Trennungs- und Stieffamilien. In: Schuster, B., Kuhn, H.-P., Uhlenndorf, H. (Hrsg.): Entwicklung in sozialen Beziehungen – Heranwachsende in ihrer Auseinandersetzung mit Familie, Freunden und Gesellschaft, S. 65–89. Stuttgart, Lucius & Lucius.
- Walper, S., Kruse, J., Noack, P., Schwarz, B. (2004): Parental separation and adolescents' felt insecurity with mother: Effects of financial hardship, interparental conflict, and maternal parenting in East and West Germany. *Marriage & Family Review*, 36 (3/4), pp. 115–145.
- Weiss, S., Röhrle, B., Ronshausen, D. (2007): Elterntrainings als präventive Maßnahme – eine Übersicht. In: Röhrle, B. (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung, Band III: Kinder und Jugendliche, S. 173–228. Tübingen, dgvt-Verlag.
- Walper, S., Wendt, E. V. (2005): Nicht mit beiden Eltern aufwachsen – ein Risiko? Kinder von Alleinerziehenden und Stieffamilien. In: Alt, C. (Hg.): Kinder-Leben. Aufwachsen zwischen Familie, Freunden und Institutionen. Band 1: Aufwachsen in Familien, S. 187–216. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wendt, E.-V., Walper, S. (2007): Entwicklungsverläufe von Kindern in Ein-Eltern- und Stieffamilien. In: Alt, C. (Hg.): Kinderleben – Start in die Grundschule, S. 211–242. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wild, E. (2004): Häusliches Lernen. Forschungsdesiderate und Forschungsperspektiven. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 7, S. 37–64.
- Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen. (2005): Familiäre Erziehungskompetenzen. Beziehungsklima und Erziehungsleistungen in der Familie als Problem und Aufgabe. Weinheim, Juventa.
- Zimmermann, P., Spangler, G. (2001): Der Einfluss der Familie auf Motivation, Emotion und Leistungen im Kontext der Schule. *Zeitschrift für Pädagogik*, 47, S. 461–480.

# 4.3

## Abschlussworte

Elisabeth Pott

Vielen herzlichen Dank, Frau Walter und allen Mitwirkenden, insbesondere den Referentinnen und Referenten sowie Diskutantinnen und Diskutanten für diese gelungene Veranstaltung. Danken möchte ich natürlich auch unseren langjährigen Kooperationspartnern und Beratern Herrn Schwartz, Herrn Koch und Herrn Rosenbrock – als Vorsitzendem des wissenschaftlichen Beirates der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – und nicht zuletzt allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern dieser Veranstaltung. Die Referate und Diskussionen waren sehr anregend und inspirierend.

Für uns ist es natürlich spannend zu sehen, wie eine Startveranstaltung zu einer Reihe gelingen kann, die Prävention aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet und Forschung und Praxis näher zusammenbringen soll. Was lernen wir, wenn wir eine solche Reihe gestalten? Und wie können wir das, was wir heute erfahren haben, weiterentwickeln?

Heute sind aus verschiedenen Forschungsperspektiven sehr interessante Ergebnisse berichtet worden, von denen ich noch nicht bei allen weiß, wie wir sie berücksichtigen können. In Bezug auf unser Handlungsfeld Prävention aus einer ökonomischen Perspektive kann ich zum Beispiel noch keine hinreichende Klarheit für Prioritätenentscheidungen ableiten. Wenn ich beim nächsten Mal gefragt werde – „*Frau Pott, wenn wir verschiedene Präventionsprogramme erwägen, welches sollen wir denn machen? Welches Programm bringt den größten Ertrag, auch im Sinne der Kosteneinsparung im Gesundheitswesen?*“ –, hätte ich nach dem Vortrag von Herrn Suhrke Schwierigkeiten zu sagen, dass ich jetzt darauf eine befriedigende Antwort geben kann. Aber es sind auch bei den anderen hier vorgestellten Perspektiven Fragen offengeblieben. Man kann vielleicht die ethische Legitimität von Präventionsmaßnahmen mit fünf Kriterien theoretisch abfragen, wie das Herr Marckmann hier dargestellt hat. Allerdings wirft die konkrete Handhabung dieses Kriterienkataloges in der Praxis auch sehr schnell neue Fragen auf. Denn gerade für viele unserer Programme und Maßnahmen können wir uns nicht ohne Weiteres darauf verlassen, dass beispielsweise die Wirksamkeit oder das Nutzen-Risiko-Verhältnis einer Intervention hinreichend bestimmbar sind – und eine Prüfung nach diesen Kriterien lässt einen mehr oder weniger großen Spielraum in der Entscheidungsfindung. Dieser müsste aber letztlich auch wieder ethisch legitimiert werden.

Ich denke, wir sehen daran, dass Ihre Beiträge schon jetzt eine ganz wesentliche Inspiration zum Weiterdenken sind. Sie werden uns darüber hinaus sicher dazu anregen, weitere Überlegungen anzustellen, wie wir vor allem den Ansatz von Empowerment und

4

Partizipation weiterentwickeln können, der für unsere Arbeit so zentral ist. Die Stärkung der Persönlichkeit, der Empowermentansatz, soll auch in Zukunft weiter im Zentrum unserer Überlegung stehen.

Aber auch bei anderen Themen – wie beispielsweise der demografischen Entwicklung, der Situation von Kindern, Erwachsenen und älteren Menschen – stellen sich uns eine ganze Reihe von Fragen, die wir in einem Dialog mit der Wissenschaft künftig weiterreflektieren müssen. So stellt sich zum Beispiel derzeit für uns die Frage, wie wir die Elternkompetenz von Anfang an stärken und was bei Kindern in der Lebensphase von null bis drei Jahren geschehen soll – im Bewusstsein, dass zum Beispiel in Kindertageseinrichtungen kaum Möglichkeiten gegeben sind, bereits erkennbare Defizite zu kompensieren. Auch stellt sich die Frage, was dann weiterhin – wenn die Probleme, die Sie hier geschildert haben, so gravierend sind – überhaupt in der Kindertagesstätte oder über Schulen kompensiert werden kann? Wir setzten dort immer die Schwerpunkte in unseren Maßnahmen, weil wir dort am ehesten einen breiten institutionellen Zugang haben. Müssen wir also in Zukunft den Schwerpunkt auf diese Altersgruppe (null bis drei Jahre) legen, und dann von dort aus einen lebenslangen und lebensbegleitenden Lernprozess unterstützen? Das gilt es abzugleichen mit der Frage, welche Interventionsansätze wir haben und welche Strukturveränderung wir mit unseren Möglichkeiten überhaupt bewirken können?

Ich glaube, diese Vielfalt von Fragen, wie ich sie hier nur angerissen habe, macht deutlich, dass wir in Zukunft keinen Mangel an inhaltlichen Themen für den weiteren Dialog in nachfolgenden Veranstaltungen haben werden.

Eine letzte Anmerkung möchte ich abschließend zu der heute gewählten Veranstaltungsform machen. Da die Veranstaltung „Dialog“ heißt und wir diesen auch lebendig praktizieren sollten, müssen wir das „Dialogische“ in Zukunft noch verstärken. Wir haben dieses Mal bewusst viel Wert auf qualifizierte, gute Fachvorträge gelegt und haben die Diskussionszeit im Verhältnis dazu doch ein bisschen kurz gehalten. Ich denke, wir werden überlegen, wie wir die Teilnehmenden bei einer Nachfolgeveranstaltung noch stärker zu Wort kommen lassen und die Veranstaltung in Zukunft noch ausgewogener zwischen Praxis und Wissenschaft platzieren. Das könnte bedeuten, die Fragen der Praxis mehr als bisher zum Ausgangspunkt der Betrachtung und Diskussion zu machen.

Zum Schluss noch einmal ganz herzlichen Dank an Sie alle.

**ANHANG**

**5**

# 5.1 Referentenverzeichnis

**Prof. Dr. Uwe Koch**

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Med. Psychologie

**Prof. Dr. Georg Marckmann**

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin  
Universität Tübingen

**Prof. Dr. Pasqualina Perrig-Chiello**

Institut für Psychologie, Abt. Entwicklungspsychologie  
Universität Bern

**Prof. Dr. Elisabeth Pott**

Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BZgA  
Köln

**Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**

Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der BZgA  
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung  
Forschungsgruppe Public Health

**Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz**

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung  
Medizinische Hochschule Hannover

**Prof. Dr. Marc Suhrcke**

Health Economics Group  
School of Medicine, Health Policy and Practice  
University of East Anglia, Norwich, United Kingdom

**Prof. Dr. Sabine Walper**

Lehrstuhl Allgemeine Pädagogik und Bildungsforschung  
Universität München

**Prof. Dr. Ulla Walter**

Stiftungslehrstuhl Prävention und Rehabilitation  
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung  
Medizinische Hochschule



## Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“

- Band 1: *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen* – Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung von Klaus Riemann und Uwe Gerber im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60600000
- Band 2: *Geschlechtsbezogene Suchtprävention* – Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definitionen. Abschlussbericht eines Forschungsprojekts von Peter Franzkowiak, Cornelia Helfferich und Eva Weise im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60602000
- Band 3: *Gesundheit von Kindern* – Epidemiologische Grundlagen. Eine Expertentagung der BZgA. Bestellnr.: 60603000
- Band 4: *Prävention durch Angst?* – Stand der Furchtappellforschung. Eine Expertise von Jürgen Barth und Jürgen Bengel im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60604000
- Band 5: *Prävention des Ecstasykonsums* – Empirische Forschungsergebnisse und Leitlinien. Dokumentation eines Statusseminars der BZgA vom 15. bis 17. September 1997 in Bad Honnef. Bestellnr.: 60605000
- Band 6: *Was erhält Menschen gesund?* – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60606000
- Band 7: *Starke Kinder brauchen starke Eltern* – Familienbezogene Suchtprävention – Konzepte und Praxisbeispiele. Bestellnr.: 60607000
- Band 8: *Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung* – Eine Expertise von Gerhard Christiansen, BZgA, im Auftrag der Europäischen Kommission. Bestellnr.: 60608000
- Band 9: *Die Herausforderung annehmen* – Aufklärungsarbeit zur Organspende im europäischen Vergleich. Eine Expertise im Auftrag der BZgA und Ergebnisse eines internationalen Expertenworkshops vom 2. bis 3. November 1998 in Bonn. Bestellnr.: 60609000
- Band 10: *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen* – Eine länderübergreifende Herausforderung. Dokumentation einer internationalen Tagung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro für Europa vom 4. bis 5.2.1999 in Bonn von Bernhard Badura und Henner Schellschmidt. Bestellnr.: 60610000
- Band 11: *Schutz oder Risiko?* – Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern. Eine Studie von Catarina Eickhoff und Jürgen Zinnecker im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60611000
- Band 12: *Suchtprävention im Sportverein* – Erfahrungen, Möglichkeiten und Perspektiven für die Zukunft. Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 20. bis 22. März 2000. Bestellnr.: 60612000
- Band 13: *Der Organspendeprozess: Ursachen des Organmangels und mögliche Lösungsansätze* – Inhaltliche und methodenkritische Analyse vorliegender Studien von Stefan M. Gold, Karl-Heinz Schulz und Uwe Koch im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60613000
- Band 14: *Ecstasy – „Einbahnstraße“ in die Abhängigkeit?* – Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längsschnittlicher Perspektive. Eine empirische Untersuchung von H. Peter Tossmann, Susan Boldt und Marc-Dennan Tensil im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60614000
- Band 15: *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention* – Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Bestellnr.: 60615000
- Band 16: *„Früh übt sich ...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten* – Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 14. bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef. Bestellnr.: 60616000
- Band 17: *Alkohol in der Schwangerschaft* – Ein kritisches Resümee. Bestellnr.: 60617000
- Band 18: *Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung* – Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema. Bestellnr.: 60618000
- Band 19: *Drogenkonsum in der Partyszene* – Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand. Bestellnr.: 60619000

- Band 20: *Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile* – Eine empirische Studie. Von Jürgen Gerhards und Jörg Rössel im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60620000
- Band 21: *Suchtprävention im Kinder- und Jugendsport* – Theoretische Einordnung und Evaluation der Qualifizierungsinitiative „Kinder stark machen“. Eine Expertise von Prof. Dr. Klaus-Peter Brinkhoff und Uwe Gomolinsky im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60621000
- Band 22: *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte* – Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Von Frank Lehmann, Monika Meyer-Nürnberger u. a. Bestellnr.: 60622000
- Band 23: *Illegale Drogen in populären Spielfilmen* – Eine kommentierte Übersicht über Spielfilme zum Thema illegale Drogen ab 1995 mit ergänzenden Handlungsempfehlungen für den Einsatz von Spielfilmen im Rahmen der Suchtprävention. Von Sabine Goette und Renate Röllecke. Bestellnr.: 60623000
- Band 24: *Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland* – Grundlagen und Konzeption. Von Bettina Schmidt. Bestellnr.: 60624000
- Band 25: *Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche* – Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen. Von Anja Meurer und J. Siegrist. Bestellnr.: 60625000
- Band 26: *Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Von Ottomar Bahrs, Björn Jung, Marina Nave und Ulrike Schmidt. Bestellnr.: 60626000
- Band 28: *MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen – Evaluationsergebnisse des Fortbildungsmanuals sowie der ersten Implementierungsphase*. Von Kordula Marzinzik und Angelika Fiedler. Bestellnr.: 60628000
- Band 29: *Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs*. Von Anneke Bühler und Christoph Kröger. Bestellnr.: 60629000
- Band 30: *Jugendesskultur: Bedeutungen des Essens für Jugendliche im Kontext Familie und Peergroup*. Von Silke Bartsch. Bestellnr.: 60630000
- Band 31: *Neue Wege in der Prävention des Drogenkonsums – Onlineberatung am Beispiel von drugcom.de*. Von Peter Tossmann. Bestellnr.: 60631000
- Band 32: *drugcom.de – Modellhafte Suchtprävention im Internet. Jahres- und Evaluationsbericht 2005*. Von Marc-Dennan Tensil, Benjamin Jonas und Dr. Peter Tossmann. Bestellnr.: 60632000
- Band 33: *Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme*. Von Beate Hollbach-Grömig und Antje Seidel-Schulze. Bestellnr.: 60633000
- Band 34: *Expertise zum Stand der Prävention/Frühintervention in der frühen Kindheit in Deutschland*. Von Manfred Cierpka, Michael Stasch, Sarah Groß. Bestellnr.: 60634000
- Band 35: *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit*. Von Jürgen Bengel, Frauke Meinders-Lücking und Nina Rottmann. Bestellnr.: 60635000
- Band 36: *Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit*. Von Antje Richter und Marcus Wächter. Bestellnr.: 60636000

Ausführliche Informationen zu dieser Fachheftreihe sowie zu anderen Schriftenreihen der BZgA finden sich im Internet unter [www.bzga.de](http://www.bzga.de) im Verzeichnis „Fachpublikationen“.

Alle bisher erschienenen Fachhefte stehen unter dieser Adresse auch vollständig als PDF-Datei zum Herunterladen zur Verfügung.



**Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung**

**ISBN 978-3-937707-73-0  
ISSN 1439-7951**