

Institutionenwandel in der Präventionspolitik

von Thomas Gerlinger

Abstract

Das Institutionensystem der deutschen Präventionspolitik ist traditionell stark fragmentiert. Wichtige Gründe dafür sind die Existenz eines föderalen Mehrebenensystems sowie das Nebeneinander von Staat und Sozialversicherung auf diesem Handlungsfeld. In den Gründerjahren der Bundesrepublik hat der Öffentliche Gesundheitsdienst gegenüber der individualmedizinischen Prävention durch die niedergelassene Ärzteschaft an Bedeutung verloren. Diese Merkmale des Institutionensystems haben sich bis heute erhalten. Allerdings ist, beginnend mit den 1980er-Jahren, die Aufmerksamkeit für Prävention, verstanden als soziale Prävention, erheblich gestiegen. Insbesondere seit den 2000er-Jahren lässt sich eine deutliche Zunahme von Aktivitäten verzeichnen. Zudem haben sich neue Handlungsfelder, Institutionen und Akteure etabliert. Der damit verbundenen Fragmentierung des Institutionensystems versucht der Gesetzgeber durch die Formulierung von Koordinations- und Kooperationspflichten zu begegnen.

Schlüsselwörter: gesetzliche Krankenversicherung, Gesundheitsförderung, Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Prävention

The institutional system of German prevention policy is highly fragmented for historic reasons. Among the important ones are the existence of a federal multi-level system as well as the coexistence of the state and social insurance in this field of action. In the early years of the Federal Republic of Germany, the public health service lost most of its significance in favour of individual medical prevention by office-based doctors. These characteristics of the institutional system have remained to this day. However, from the 1980s onwards, the focus on prevention, understood as social prevention, has increased considerably. Since the 2000s in particular, there has been a notable increase in activity. Also, new fields of action, institutions and actors have been established. Legislators are attempting to counter the associated fragmentation of the institutional system by stipulating coordination and cooperation.

Keywords: statutory health insurance, health promotion, workplace health and safety, public health service, prevention

1 Institutionen im Gesundheitssystem

Gesundheitspolitisches Handeln vollzieht sich zumeist in und durch Institutionen. In der institutionellen Ordnung des Gesundheitssystems spiegeln sich die Strukturen der Gesundheitsversorgung und politische Prioritäten wider. Damit ist häufig eine entsprechende Veränderung des Institutionensystems verbunden. Auch das deutsche Gesundheitssystem hat das erlebt (**Abbildung 1**). Mit der von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach angekündigten Neuordnung der Prävention stehen weitere Veränderungen bevor. So soll ein neues Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung (BIPAM) gegründet werden.

2 Nachkriegszeit

Nach dem Zweiten Weltkrieg schlugen die junge Bundesrepublik Deutschland und die junge Deutsche Demokratische Republik unterschiedliche Wege bei der Gestaltung ihrer Gesundheitssysteme ein (*Elkeles et al. 1991; Süß 1998*). In der Bundesrepublik wurde mit der Verabschiedung des Grundgesetzes und den in der ersten Hälfte der 1950er-Jahre durchgesetzten Reformen jenes Institutionensystem geschaffen, das für die Gesundheitspolitik in Deutschland auch gegenwärtig noch kennzeichnend ist. Die erste Hälfte der 1950er-Jahre stand in der Bundesrepublik dabei im Zeichen der Restauration: Die Organisation und Regulierung des Gesundheitssystems knüpfte wieder an das im Kaiserreich geschaffene Krankenversicherungssystem und an dessen bis zum Ende der Weimarer Republik entstandenen Regulierungsstrukturen an (*Sauerborn 1953; Hockerts 1980; Lindner 2004*). In der DDR entwickelte sich demgegenüber ein staatliches Gesundheitssystem (*Süß 1998*). Mit dem Vertrag über die deutsche Einheit wurden die in den alten Bundesländern gewachsenen Versorgungs- und Regelungsstrukturen auf die ostdeutschen Länder übertragen. Die einschlägigen DDR-Forschungseinrichtungen wurden aufgelöst oder in die bestehenden bundesdeutschen Institutionen eingegliedert.

3 ÖGD verliert Bedeutung

Die 1950er-Jahre waren geprägt von einer weiter wachsenden Bedeutung der Krankenversicherung, die vor

allem im steigenden Anteil der gesetzlich Krankenversicherten an der Bevölkerung zum Ausdruck kam (*Alber 1992*). Die kurative Individualmedizin und die niedergelassene Ärzteschaft stiegen zum wichtigsten Akteur der Gesundheitssicherung auf. Prävention wurde vorrangig zu einer medizinischen Individualprävention (*Naschold 1967; Labisch und Tennstedt 1991; Lindner 2004*). Bevölkerungsbezogene Präventionspolitik geriet in der Bundesrepublik zunehmend ins Hintertreffen. Gesellschaftliche Ursachen der Krankheitsentstehung fanden kaum Beachtung (*König und Tönnemann 1958; Pflanz 1962*). Erst recht stieß die gesundheitliche Ungleichheit als soziales Problem auf wenig Aufmerksamkeit, schien dieses Thema doch angesichts der allgemeinen Wohlfahrtsmehrung und im Zeichen der Ideologie einer „nivellierten Mittelstandsgesellschaft“ (*Schelsky 1953*) anachronistisch geworden zu sein. Zudem galten auf eine Verbesserung der öffentlichen Gesundheit gerichtete Ansätze entweder wegen der nationalsozialistischen Vergangenheit als diskreditiert oder – gerade unter Konservativen und Liberalen – wegen ihrer vermeintlichen oder tatsächlichen Nähe zu sozialistischen Vorstellungen als suspekt (*Lindner 2004*).

Die niedergelassene Ärzteschaft beanspruchte, unterstützt von den Regierungsparteien, in der Nachkriegszeit die Zuständigkeit sowohl für die Krankheitsprävention als auch für die Versorgung von Schwangeren und Säuglingen. Letztere war in den ersten Nachkriegsjahren noch eine Domäne des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und wurde im Jahr 1965 per Gesetz in ihre Hände gelegt (*Lindner 2004*). Zudem wurde seit den 1970er-Jahren die Individualprävention, vor allem die Krankheitsfrüherkennung, als kassenärztliche Leistung erheblich ausgeweitet. Parallel dazu vollzog sich der Niedergang des ÖGD. Die Gesundheitsämter verloren bisherige Aufgaben und wurden finanziell und personell ausgezehrt (*Elsner 2022*), auch infolge der Kostensenkungsbestrebungen von Ländern und Kommunen (*Rosewitz und Webber 1990*).

Der Niedergang des ÖGD und seines lokalen Standbeins, der Gesundheitsämter, setzte sich bis in die jüngste Vergangenheit fort. Allerdings wurde den Gesundheitsämtern seit den 1980er-Jahren vielfach das zunehmend als wichtig erkannte Feld der Gesundheitsberichterstattung zugewiesen (*Rosenkötter et al. 2020*). Im Herbst 2020 beschlossen Bund und Länder einen Pakt zur Stärkung des ÖGD vor dem Hintergrund der bei der Bekämpfung der Corona-Pandemie gemachten Erfahrungen. Es wird abzuwarten sein, ob

Abbildung 1 Präventionspolitik – Etappen des institutionellen Wandels

Zeitraum	Bedeutsame Entwicklungen des Institutionensystems
1945–1949	Debatten über eine Neuordnung des Gesundheitssystems; unterschiedliche Praktiken in den Besatzungszonen; Teilung Deutschlands
1950er-Jahre	Festigung von Systemunterschieden zwischen BRD und DDR; Bundesrepublik: Restauration wesentlicher Elemente der Sozial- und Gesundheitspolitik; Festigung der Machtposition der niedergelassenen Ärzteschaft; einsetzender Bedeutungsverlust des ÖGD; föderales Mehrebenensystem in der Gesundheitspolitik; DDR: Entwicklung eines staatlichen Gesundheitssystems
1960er-Jahre	Einrichtung des BMG; Gründung der BZgA, mehr Aufmerksamkeit für Prävention
1970er-Jahre	Beginnende Kostendämpfungspolitik; Eingliederung des BMG in das BMFJ
1980er-Jahre	Einsetzender Bedeutungsgewinn des Themas „Öffentliche Gesundheit“; beginnender Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung; Ausweitung der Kassenleistungen auf nichtmedizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung; Kompetenzen der Europäischen Union in der Gesundheitspolitik (Einheitliche Europäische Akte); Ottawa-Charta der WHO
1990er-Jahre	Wiedereinführung eines BMG; Übertragung der bundesdeutschen Strukturen auf die neuen Bundesländer; Auflösung des BGA, Bedeutungszuwachs des RKI, insbesondere für die Gesundheitsberichterstattung; Ländergesetze zur öffentlichen Gesundheit; Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen; weiterer Bedeutungszuwachs der EU in der Gesundheitspolitik
2000er- und 2010er-Jahre	Grundlegende Reformen der Bestimmungen zur Gesundheitsförderung durch Krankenkassen (2000 und 2015); Intensivierung von Präventionsaktivitäten; Ausweitung von Handlungsfeldern; Ausweitung der Kassenaktivitäten in Gesundheitsförderung und Prävention; Strukturbildung zur Koordinierung in der Präventionspolitik durch das Präventionsgesetz

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G + G Wissenschaft 2024

die darin vorgesehenen Maßnahmen zu einer dauerhaften Aufwertung des ÖGD führen werden. Der individualistisch-kurativmedizinischen Entwicklung der Bundesrepublik stand bis 1990 eine stärker sozialhygienisch orientierte, auf Bevölkerungsgruppen bezogene Gesundheitspolitik in der DDR gegenüber (Elkeles et al. 1991; Niehoff 1999; Süß 1998).

4 BMG und BGA

Fragen der öffentlichen Gesundheit wurden in der Bundesregierung ab 1949 zunächst nur in einer im Bundesinnenministerium angesiedelten Gesundheitsabteilung bearbeitet (Lindner 2004). Die Zuständigkeit für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) lag

hingegen beim Bundesarbeitsministerium (Hockerts 1980). Erst 1961 wurde schließlich ein „Bundesministerium für Gesundheitswesen“ (BMG) gegründet. Die Gründung brachte zum Ausdruck, dass bevölkerungsbezogene Gesundheitsprobleme, vor allem die Zunahme chronisch-degenerativer Krankheiten, in der politischen Wahrnehmung an Bedeutung gewonnen hatten (Kreller und Kuschel 2022). 1967 folgte die Gründung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die mit fundierten Informationen dazu beitragen sollte, das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung zu verbessern. Das Themenspektrum der BZgA wurde in den nachfolgenden Jahrzehnten erheblich erweitert und erstreckte sich zum Beispiel auf die sexuelle Gesundheit sowie Sucht und Gesundheit im Alter. 1969 wurde das BMG dem Bundesministerium für Familie

und Jugend (BMFJ) eingegliedert und verblieb dort – mit unterschiedlichen Bezeichnungen – bis zum Jahr 1991. Dann wurde erneut ein eigenständiges Bundesministerium gegründet, dem neben den bisherigen Handlungsfeldern nun auch die Zuständigkeit für die GKV sowie für die spätere soziale Pflegeversicherung übertragen wurden.

1952 wurde das Bundesgesundheitsamt (BGA) gegründet, dem zunächst drei Institute unterstanden: Das Max-von-Pettenkofer-Institut war für die öffentliche Gesundheitspflege zuständig, das Robert Koch-Institut (RKI) befasste sich vor allem mit der Verhütung von Infektionskrankheiten und das Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene mit dem Zusammenhang von Umwelt und Gesundheit (*Lindner 2004*). Später kamen noch andere Institute hinzu, insbesondere das Institut für Arzneimittel, das für die Zulassung von Arzneimitteln zuständig war. Das BGA wurde 1994 angesichts von über 500 Todesfällen aufgrund verseuchter HIV-Präparate aufgelöst. Aus ihm gingen drei nunmehr selbstständige Einrichtungen im Geschäftsbereich des BMG hervor, allen voran das RKI, das sich in der Folgezeit zur zentralen Bundeseinrichtung auf dem Gebiet der Präventionspolitik entwickelte (siehe Kapitel 6).

5 Zuständigkeiten in der Präventionspolitik

Präventionspolitik erfolgt in einem Mehrebenensystem, in dem sich die Gestaltungskompetenzen auf Bund und Länder und in einigen Bereichen auch auf die Europäische Union (EU) verteilen.

5.1 Bund und Länder

Bund und Länder haben in der Präventionspolitik jeweils eigene Zuständigkeiten und sind in ihrem Handeln auf diesem Gebiet zugleich eng verflochten. Beim Bund liegt die Gesetzgebungskompetenz für eine Reihe unmittelbar gesundheitsrelevanter Handlungsfelder der Prävention. Dazu zählen insbesondere der Arbeitsschutz, der Infektionsschutz sowie der gesundheitsbezogene Umwelt- und Verbraucherschutz. Auf diesen Feldern hat der Bund bundeseinheitliche Regelungen verabschiedet. Zudem kann der Bund auf Grundlage seiner Gesetzgebungskompetenzen für die Sozialversicherung auch den diversen

Sozialversicherungsträgern Aufgaben auf diesen Handlungsfeldern zuweisen. Von dieser Möglichkeit hat er in der Vergangenheit auch umfassend Gebrauch gemacht. Dies betrifft nicht nur die Krankenkassen (siehe Kapitel 7), sondern auch andere Sozialversicherungsträger, vor allem die gesetzliche Unfallversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung (*Gerlinger 2023a*). Ferner nehmen auf Bundesebene verschiedene Institutionen spezifische Aufgaben in der Prävention wahr. Im Geschäftsbereich des BMG sind vor allem das RKI und die BZgA zu nennen (siehe Kapitel 4).

Die Bundesländer sind auf dem Gebiet der Prävention – jenseits der erwähnten Bundeszuständigkeiten – für die öffentliche Gesundheit und für den ÖGD zuständig. Somit haben sie auf diesem Gebiet eigenständige Gestaltungskompetenzen. Die Verflechtung mit der Bundesebene kommt vor allem darin zum Ausdruck, dass die Länder zum einen über den Bundesrat an zahlreichen Gesetzen zur Prävention mitwirken und zum anderen für die Durchführung der Bundesgesetze verantwortlich sind. Die Kommunen sind als Träger der Gesundheitsämter dafür zuständig, vor Ort die Einhaltung von Standards der Gesundheitssicherung zu überwachen und bei heraufziehenden oder eingetretenen Gesundheitsgefahren zu intervenieren. Dabei unterliegen sie zumeist der Aufsicht durch die Länder. Die Kommunen setzen Bundes- und Landesrecht als Pflichtaufgaben um, haben darüber hinaus aber auch gewisse Spielräume zur eigenständigen Gestaltung ihrer Präventionsaktivitäten (*Böhm 2017*).

5.2 Europäisierung und Internationalisierung

Die EU-Ebene ist für die Präventionspolitik insofern relevant, als die EU in einigen Bereichen verbindliche Mindeststandards durch Richtlinien festsetzen kann, vor allem für den Gesundheitsschutz in der Arbeitsumwelt, aber auch für den gesundheitlichen Umwelt- und Verbraucherschutz. Ferner hat die EU die Aufgabe, das Handeln der Mitgliedstaaten zu unterstützen und zu koordinieren. Dafür ist das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) von besonderer Bedeutung. Das ECDC befasst sich vor allem mit dem Informations- und Datenaustausch zwischen den Mitgliedstaaten und mit der Koordinierung ihres Handelns bei der Abwehr grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren. Die Kompetenzen des ECDC wurden nach den Erfahrungen der

Abbildung 2 Kontinuität und Wandel im Institutionensystem der deutschen Präventionspolitik

Zeitraum	Bedeutsame Entwicklungen des Institutionensystems
Kontinuität	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation der Prävention in einem Mehrebenensystem von Bund und Ländern • weitgehende institutionelle Trennung von Prävention und Krankenversorgung • Bedeutung der (niedergelassenen) Ärzteschaft für die individuelle Prävention • Sonderstellung von Arbeitsschutzinstitutionen (Rechtsetzung, Aufsicht)
Wandel	<ul style="list-style-type: none"> • Bedeutungszuwachs von Prävention und Gesundheitsförderung • stärkere Thematisierung gesundheitlicher Ungleichheit • Erweiterung der Handlungsfelder (zum Beispiel Ernährung, Nichtraucherchutz) • Aufgabenerweiterung für Krankenkassen um Gesundheitsförderung und nichtmedizinische Primärprävention, Bedeutungszuwachs von Krankenkassen • Landesgesetze zur öffentlichen Gesundheit • Entwicklung einer kontinuierlichen Gesundheitsberichterstattung in Bund, Ländern und Kommunen • Zunahme von Koordinierungs- und Kooperationspflichten, teilweise unter Etablierung neuer Institutionen (zum Beispiel NPK) • Internationalisierung, vor allem Europäisierung von Institutionen

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2024

Covid-19-Pandemie weiter ausgebaut. Es hat nun weitreichende Befugnisse zur Koordinierung des Handelns der Mitgliedstaaten bei der Abwehr grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren, allerdings ohne die Mitgliedstaaten auf bestimmte Maßnahmen verpflichten zu können (Gerlinger 2023b). Insgesamt ist der Einfluss der EU auf die mitgliedstaatliche Präventionspolitik eher gering. Daneben wuchs die Bedeutung internationaler Organisationen, allen voran die der Weltgesundheitsorganisation (WHO), auch wenn diese kaum über Machtressourcen zur Durchsetzung von Normen verfügen.

5.3 Arbeitsweltbezogene Prävention

Der arbeitsweltbezogene Gesundheitsschutz hatte stets eine Sonderstellung in der Präventionspolitik inne. Mit der Schaffung der gesetzlichen Unfallversicherung war 1885 ein eigenständiger Versicherungszweig geschaffen worden. Zudem hatte der Staat bereits im frühen 19. Jahrhundert seine unmittelbare Zuständigkeit für dieses Handlungsfeld reklamiert. Somit waren frühzeitig eigenständige Einrichtungen mit spezifischen gesetzlichen Aufträgen entstanden.

Die Sonderstellung dieses Handlungsfeldes zeigt sich auch darin, dass nicht das BMG, sondern das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMA) hier zuständig ist.

6 Aufstieg von Public Health

In der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre setzte ein allmählicher Bedeutungszuwachs der Themen „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ wie auch des Themas „Public Health“ ein. Mit diesen Begriffen wurden nicht mehr medizinische, sondern soziale Interventionen assoziiert. Die Gründe für diese Entwicklung sind vielschichtig. Eine erhebliche Rolle spiel(t)en sicherlich ökonomische Motive, vor allem die Erwartung, mit einer verbesserten Prävention zukünftige Kosten für Krankenversorgung, Rehabilitation und Pflege vermeiden zu können, aber auch die Erwartung, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung verringern zu können – wobei das Damokles-Schwert des demografischen Wandels meistens den Hintergrund bildete. Auch Einsichten in die Grenzen der Medizin und der Wandel von Wertvorstellungen in Teilen der Gesellschaft spielten eine Rolle. Dabei war die 1986

verabschiedete Ottawa-Charta der WHO ein wichtiger Impulsgeber für veränderte Sichtweisen auf Gesundheit und Krankheit.

Ganz allgemein erfuhren Gesundheitsförderung und Prävention in Politik und Gesellschaft eine deutliche Aufwertung. In den 1990er-Jahren etablierten sich die Gesundheitswissenschaften als eigenständige Multidisziplin in der deutschen Hochschul- und Wissenschaftslandschaft. Vor allem seit den 2000er-Jahren kam der Wandel in einer Ausdifferenzierung von Handlungsfeldern, Institutionen und Akteuren zum Ausdruck. Seit dieser Zeit gewann – vorrangig in den einschlägigen Wissenschaften – auch das Thema gesundheitliche Ungleichheit an Bedeutung. Unter dem Einfluss von Untersuchungen aus anderen westlichen Ländern (etwa *Department of Health and Social Security 1980*) wurden aussagekräftige Daten generiert, die belegen, dass auch in Deutschland zwischen Bevölkerungsgruppen, vor allem im Hinblick auf den sozio-ökonomischen Status, erhebliche Unterschiede bei der (gesunden) Lebenserwartung bestehen. Gesundheitliche Ungleichheit ist als Thema für die Präventionspolitik deshalb so bedeutsam, weil diese Unterschiede zum Teil eklatant sowie unter sozialen und ethischen Gesichtspunkten nicht vertretbar sind. Zugleich geben Analysen zu diesem Thema auch Hinweise darauf, wo der Interventionsbedarf besonders hoch und die Verbesserungspotenziale besonders groß sind.

Auf kommunaler, Landes- und Bundesebene entwickelte sich eine differenzierte Gesundheitsberichterstattung, die bevölkerungsbezogene Gesundheitsrisiken identifizierte und zu einer wichtigen Grundlage für zielgerichtete Präventionsmaßnahmen wurde (*Rosenkötter et al. 2020*).

Das RKI erhielt die Zuständigkeit für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und wurde zu einem Public-Health-Institut ausgebaut, das seine Tätigkeitsfelder weit über sein ursprüngliches Handlungsfeld, die Erforschung von Infektionskrankheiten, hinaus erweiterte. Der Gesundheitszustand und das gesundheitsbezogene Handeln der Bevölkerung und einzelner Bevölkerungsgruppen und eben auch das übergreifende Problem der sozialen Ungleichheit bei Gesundheitschancen wurden zu wichtigen Themen des RKI. Auch in der erwähnten Diversifizierung der von der BZgA behandelten Themen kommt die Ausdifferenzierung von Handlungsfeldern zum Ausdruck.

Der Bedeutungszuwachs von Prävention schlug sich auch in der Rechtsetzung nieder. Auf Bundesebene stehen dafür zum Beispiel die Verabschiedung des Bundesnichtraucherschutzgesetzes sowie die Ausweitung der Kassenleistungen auf Gesundheitsförderung und Prävention. Die Präventionsaufträge der Sozialversicherungsträger wurden modernisiert und erweitert (*Gerlinger 2023a*). Neben den Gesundheits- und Sozialministerien in Bund und Ländern nahmen sich auch andere Ministerien der für ihren Zuständigkeitsbereich gesundheitsrelevanten Themen an, zum Beispiel Umweltministerien (Luftreinhaltung, Klimaschutz), Landwirtschaftsministerien (Ernährung) oder Familienministerien (Suchtprävention, Gewaltschutz, Fürsorge für Kinder, Jugendliche und Alte) (*Böhm et al. 2020*). Die Bundesländer verabschiedeten eigene Gesetze über die öffentliche Gesundheit und führten Bestimmungen zu einer verbindlichen Gesundheitsberichterstattung ein. Daneben haben sich in den vergangenen Jahrzehnten auf kommunaler Ebene zahlreiche Initiativen zur Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt, die häufig durch Förderprogramme und Initiativen von Bund und Ländern unterstützt werden (*Luthe 2013*). Dazu zählen das „Gesunde Städte-Netzwerk“, das Städtebauförderprogramm „Soziale Stadt“ des Bundes oder der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle“.

Trotz dieses Bedeutungszuwachses von Prävention bestehen erhebliche Probleme und Defizite fort. So müssten strukturelle Veränderungen in den Lebenswelten im Vergleich zu Maßnahmen der Verhaltensprävention ein viel größeres Gewicht erhalten. Gleichzeitig müsste die Präventionspolitik den Bedarfen vulnerabler Gruppen deutlich stärker Rechnung tragen (siehe zum Beispiel *MD Bund und GKV-Spitzenverband 2023*). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass auf zentralen Feldern, etwa beim Gesundheitsschutz in der Arbeitswelt, erhebliche Mängel fortbestehen.

7 Krankenkassen als Akteure der Prävention

Mit dem Aufstieg der niedergelassenen Ärzte zu zentralen Präventionsakteuren und der schrittweisen Ausweitung des Leistungskataloges um individualmedizinische Präventionsmaßnahmen wuchs auch die Finanzierungsverantwortung der Krankenkassen auf diesem Feld. Insbesondere die 1970er- und 1980er-Jahre brachten einen Schub bei medizinischen Früh-

erkennungsleistungen (Krebsfrüherkennung, Gesundheits-Check-up). Die Ausweitung dieses Leistungssegments setzte sich bis in die jüngste Vergangenheit fort.

Mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes im Jahr 1989 erhielten die Kassen neben diesen Aufgaben erstmals Zuständigkeiten für die nichtmedizinische Gesundheitsförderung und Primärprävention. Seither sind sie zu einem wichtigen Akteur auf diesem Feld aufgestiegen. Von den Kassen getragene Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention haben – unterbrochen von der Corona-Pandemie – einen deutlichen Aufschwung erfahren. Dazu zählen Leistungen der lebensweltbezogenen Prävention, der individuellen Prävention sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung. Nach einer zwischenzeitlichen Einschränkung dieser Kompetenzen (1997 bis 1999) wurden ihre Rechte und Pflichten mit der Neufassung der einschlägigen Bestimmungen ab dem Jahr 2000 und mit dem 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz erweitert (Geene und Reese 2016). Diese Reformen erhöhten die Finanzmittel für das Handlungsfeld und formulierten innovative Ziele für das Kassenshandeln, nämlich eine Verringerung der sozialen und geschlechtsbezogenen Ungleichheit von Gesundheitschancen. Nicht zuletzt müssen die Kassen vielfältige Vorgaben zur Qualitätssicherung beachten. So haben sie die Pflicht, Ziele, Zugangswege und Methoden ihrer Maßnahmen unter Beteiligung unabhängigen Sachverständigen zu definieren. Zugleich versuchte der Gesetzgeber, mit der Vorgabe von Mindestausgaben für lebensweltliche Prävention und für betriebliche Gesundheitsförderung den Anteil der Leistungsausgaben für individuelle Prävention zu begrenzen. Hintergrund ist der Umstand, dass die Krankenkassen sich dem Vorwurf ausgesetzt sahen, diese gemeinhin als wenig nachhaltig bewertete Leistungsart zu bevorzugen, weil sie damit ihre Attraktivität für gesundheitsbewusste Versicherte erhöhen können und ihnen dies Vorteile im Kassenwettbewerb verschafft. Zugleich verpflichtet der Gesetzgeber die Kassen untereinander auch zur Kooperation bei der Prävention in Lebenswelten und in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die gesetzlichen Vorgaben haben in den vergangenen Jahren zu einem erheblichen Anstieg der Kassenaktivitäten geführt und wesentlich zu einer Professionalisierung des Kassenshandelns beigetragen. Das Präventionsgesetz schuf zudem institutionelle Strukturen (Nationale Präventionskonferenz, Bundesrahmenempfehlungen, Landesrahmenvereinbarungen) für die Koordinierung der an Prävention und Gesundheitsför-

derung beteiligten Akteure. Dies sind vor allem Sozialversicherungsträger und Gebietskörperschaften.

8 Fazit

Die Entwicklung des Institutionensystems in der deutschen Präventionspolitik ist durch ein Nebeneinander von Kontinuität und Wandel gekennzeichnet (Abbildung 2). Die Zuständigkeiten in der Präventionspolitik verteilen sich traditionell auf Bund und Länder. Dabei sind beide Ebenen sowohl bei der Rechtsetzung als auch bei der Implementierung von Vorschriften eng miteinander verflochten. In den Anfangsjahren der Bundesrepublik setzte zugunsten der niedergelassenen Ärzteschaft ein Bedeutungsverlust des ÖGD in der Prävention ein, der dieses Handlungsfeld auch heute noch prägt. Die Prävention in der Arbeitswelt hatte stets eine institutionelle Sonderstellung inne. Vor allem seit den 1980er-Jahren lässt sich eine Aufwertung von Prävention beobachten. Sie äußert sich in einer deutlichen Zunahme der Aktivitäten auf diesem Feld sowie in einer Etablierung neuer Handlungsfelder, Institutionen und Akteure. Die damit deutlich erhöhte institutionelle Komplexität und Fragmentierung der Prävention hat den Gesetzgeber dazu veranlasst, die Beteiligten auf zahlreichen Feldern zu einer intensiveren Koordination zu verpflichten. Gleichzeitig ist Prävention weit stärker als in der Vergangenheit in internationale Handlungskontexte eingebunden.

Literatur

- Alber J (1992): Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt a. M., New York: Campus
- Böhm K (2017): Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention. Elemente, Potentiale und Hemmnisse einer präventiven und gesundheitsförderlichen kommunalen Gesundheitspolitik. Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 63, Heft 2, 275–299
- Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H (Hrsg.) (2020): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS
- Department of Health and Social Security (1980): The Black Report. London: DHSS
- Elkeles T, Niehoff JU, Rosenbrock R, Schneider F (Hrsg.) (1991): Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–1990, Berlin: edition sigma
- Elsner G (2022): Vom Abseits in die Mitte: die Gesundheitsämter. Kreisärzte, Medizinalräte,

- Amtsärzte: Geschichte und Aktualität einer Institution. Hamburg: VSA
- Geene R, Reese M (2016): Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelungen der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse
- Gerlinger T (2023a): Sozialversicherungsträger im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden; leitbegriffe.bzga.de → Alphabetisches Verzeichnis → S → Sozialversicherungsträger im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention
- Gerlinger T (2023b): Die EU-Gesundheitspolitik in der Corona-Krise. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 54. Hamburg: Argument Verlag, 28–42
- Gerlinger T, Rosenbrock R (2024): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Hogrefe
- Hockerts HG (1980): Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland. Stuttgart: Klett-Cotta
- König R, Tönnemann M (Hrsg.) (1958): Probleme der Medizin-Soziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH
- Kreller L, Kuschel F (2022): Vom „Volkskörper“ zum Individuum. Das Bundesministerium für Gesundheitswesen nach dem Nationalsozialismus. Göttingen: Wallstein
- Labisch A, Tennstedt F (1991): Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland. In: Elkeles T, Niehoff JU, Rosenbrock R, Schneider F (Hrsg.) (1991): Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–1990, Berlin: edition sigma, 129–158
- Lindner U (2004): Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich. München: R. Oldenbourg
- Luthe EW (Hrsg.) (2013): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer VS
- MD Bund (Medizinischer Dienst Bund), GKV-Spitzenverband (2023): Präventionsbericht 2023. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2022. Essen, Berlin
- Naschold F (1967): Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik. Freiburg: Rombach
- Niehoff JU (1999): Anmerkungen zu präventionskonzeptionellen Diskussionen in der DDR. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 31. Hamburg: Argument Verlag, 103–127
- Pflanz M (1962): Sozialer Wandel und Krankheit. Ergebnisse und Probleme der medizinischen Soziologie. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag
- Rosenkötter N, Borrmann B, Arnold L, Böhm A (2020): Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen: Public Health an der Basis, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 63, Heft 9, 1067–1075
- Rosewitz B, Webber D (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt am Main, New York: Campus
- Sauerborn M (1953): Kassenärzterecht in der Entwicklung. Bundesarbeitsblatt, Jg. 4, Heft 8, 205–215
- Schelsky H (1953): Wandlungen der deutschen Familie in der Gegenwart. Darstellung und Deutung einer empirisch-soziologischen Tatbestandsaufnahme. Dortmund: Ardey-Verlag
- Süß W (1998): Gesundheitspolitik. In: Hockerts HG (Hrsg.): Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich. Schriftenreihe der Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte 76. München: Oldenbourg, 55–100
- (letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 12. März 2024)

Der Autor



Prof. Dr. phil. Dr. rer. med. Thomas Gerlinger, Jahrgang 1959, hat Politikwissenschaft, Soziologie, Geschichte und Philosophie an der Philipps-Universität Marburg studiert. Er war unter anderem an der Goethe-Universität Frankfurt und am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) tätig. Heute ist er Professor für Gesundheitswissenschaften und Leiter der Arbeitsgruppe Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

Kontakt

Prof. Dr. phil. Dr. rer. med. Thomas Gerlinger, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld, Telefon: 0521 1064565, E-Mail: thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de