

Das deutsche Präventionsgesetz 2005 – ein gescheiterter Anlauf

Stand und Perspektiven primärer Prävention

Primärprävention und Gesundheitsförderung sind höchst unzureichend in der deutschen Gesundheitspolitik verankert. Insbesondere im Hinblick auf solche Bemühungen, die auf eine Verknüpfung belastungssenkender und ressourcensteigernder Strategien setzten, besteht nach übereinstimmender Ansicht in Deutschland eine erhebliche Unterversorgung¹. Insgesamt ist dafür nicht mangelndes Wissen der wichtigste Grund; entscheidend scheinen vielmehr der oftmals fehlende politische Wille bei der Formulierung und die Schwierigkeiten bei der Umsetzung derartiger Programme zu sein². Primärprävention leidet unter mangelnder Zielgruppenorientierung, insbesondere sind gesundheitlich und sozial benachteiligte Gruppen unterrepräsentiert³. Unter den insgesamt eher geringen Aktivitäten der Primärprävention dominieren nach wie vor die Versuche zur individuellen Verhaltensbeeinflussung («Gesundheitserziehung»). Dass diese überwiegend wenig wirksam sind, ist darauf zurückzuführen, dass die Beziehungen zwischen der – zum Beispiel durch Einkommen, Bildung, Beruf, Familie, Wohnort etc. – definierten Lebenslage und dem gesundheitsrelevanten Verhalten nicht oder nicht genügend beachtet werden.

An erfolgreichen wie erfolglosen Beispielen (Aids-Prävention⁴, betriebliche Gesundheitsförderung⁵, Bewegung⁶, Zigarettenrauchen⁷) kann zudem gezeigt werden, dass auch Verhaltensbeeinflussung desto effektiver ist, je mehr die strukturellen und sozialen Anreize, die riskantes Verhalten begünstigen, sowie die strukturellen und sozialen Voraussetzungen, die gesundes Verhalten begünstigen, als zu verändernde Gegebenheiten in die Planung und Durchführung von Präventionsstrategien einfließen. Dies erhöht aber meistens auch die Schwierigkeiten der Durch- und Umsetzung. Die politischen Motive zur Überwindung dieser Schwierigkeiten, also zu ‚gegendentenzieller Politik‘⁸, sind meist nicht stark genug. Dazu trägt auch bei, dass sich die (zentralstaatliche, kommunale, betriebliche etc.) Gesundheitspolitik durch die Reduzierung der Ursachen von Gesundheitsrisiken auf Fehlverhalten die Legitimation verschafft, sich auf symbolische Politik beschränken, d. h. auf solche Maßnahmen, die eine Problemlösung zu versprechen scheinen, aber nicht die wirklichen Ursachen des ‚Fehlverhaltens‘ und der Gesundheitsrisiken angehen. Auf diese Weise lassen sich Verantwortung oder sogar ‚Schuld‘ denjenigen zuweisen, die sich nicht gesundheitsgerecht verhalten, und können sich die politisch Verantwortungsträger von einem entscheidenden Teil ihrer Verantwortung entlasten – gerade auch dann, wenn sich die verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahmen als erfolglos erweisen.

Die großen Hoffnungen zur Verbesserung dieser Situation, die in die Etablierung des Fachs ‚Public Health‘ an deutschen Universitäten gesetzt wurden⁹, haben sich bislang nur teilweise erfüllt. Zwar ist unübersehbar, dass Absolventen der entsprechenden Studiengänge in vielen Institutionen und auf vielen Feldern erfolgreich als ‚change agents‘¹⁰ wirken, doch fehlen in Deutschland bislang ein institutionelles Zentrum und ein regulativer Rahmen, der diesen Bemühungen die notwendige Stosskraft verleiht.

Präventionsgesetz 2005 – das Vorhaben

Im Jahre 2005 sollte nach dem Willen der rot-grünen Bundesregierung das ‚Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention‘¹¹ in Kraft treten. Damit sollte die Prävention neben Kuration, Pflege und Rehabilitation zu einer eigenständigen ‚vierten Säule‘ des Systems der Gesundheitssicherung ausgebaut werden. Neben einer Vermehrung der für Primärprävention eingesetzten Ressourcen sollte diese Entwicklung v. a. dadurch in die Wege geleitet werden, dass Primärprävention sich in Zukunft auf verbindliche Gesundheitsziele beziehen und zudem Qualitätssicherung und Evaluation zur Voraussetzung der Finanzierung gemacht werden sollte.

In diesem Vorhaben bündelten sich vier vielfältig miteinander verbundene Entwicklungen¹²:

- Im Jahre 2001 hatte die Bundesregierung den Versuch unternommen, die großen gesundheitspolitischen Themen in Form von ‚Runden Tischen‘, an denen alle relevanten korporatistischen Akteure des Gesundheitssystems versammelt waren, einer Lösung näher zu bringen. Während dies im Hinblick auf die meisten Themen weithin ohne greifbare Ergebnisse blieb, ging aus dem ‚Runden Tisch‘ zur Prävention das ‚Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung‘ hervor, in dem seither ca. 60 an der Prävention interessierte Akteure (Verbände und Institutionen) eine dauerhafte organisatorische Plattform der Programmformulierung fanden (www.forumpraevention.de).
- Parallel dazu verabschiedeten Bundestag, Bundesrat, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände sowie auch Parteien und Verbände Erklärungen, in denen eine Verstärkung von Strukturen und Ressourcen für Primärprävention gefordert wurde.
- Gleichzeitig gelangte das von der Bundesregierung geförderte Projekt ‚gesundheitsziele.de‘ zur Formulierung erster konkreter Gesundheitsziele mit Vorschlägen zur Priorisierung und zu Programmen¹³ (www.gesundheitsziele.de).
- Zudem wurde immer deutlicher, dass die von den Krankenkassen im Rahmen des § 20 SGB V geleistete Primärprävention wegen der aus der Kassenkonkurrenz resultierenden Anreize zur Gewinnung ‚guter Risiken‘ auf Dauer kaum eine Erfüllung des Auftrags erwarten ließ, insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen‘ zu leisten¹⁴.

Nach zähen Verhandlungen zunächst mit den Sozialversicherungsträgern, v. a. den Krankenkassen, und dann mit den Ländern legte die Bundesregierung – unter Anlehnung an frühere Gestaltungsvorschläge des Verfassers¹⁵ – Eckpunkte für das Präventionsgesetz vor, in dem eine Reihe von Richtungsentscheidungen fixiert wurden:

- Während die primärpräventiven Leistungen des Staates und seiner Gebietskörperschaften (Gesundheitsämter etc.) nicht eingeschränkt werden sollten, sollte der Ausbau nicht aus dem Steueraufkommen, sondern aus Beitragsmitteln der Sozialversicherungen finanziert werden. Diese angesichts der Haushaltslage im Kern fiskalpolitisch motivierte Entscheidung wurde – unter Hinweis auf zahlreiche bereits bestehende Aufgaben der Sozialversicherungen auf dem Gebiet der Prävention¹⁶ – zum einen damit begründet, dass sich die Aufgabenstellung der Sozialversicherungen nicht auf die Finanzierung und Steuerung der Kompensation eingetretener Schäden reduzieren lasse. Zum anderen wurde auf die für Primärprävention unverzichtbaren Daten der Sozialversicherungsträger sowie auch ihre Kompetenz im Hinblick auf Zugang und Erreichbarkeit von Zielgruppen verwiesen. Mit dieser – ordnungspolitisch vertretbaren – Entscheidung zugunsten des bisherigen Entwicklungspfades wollte sich der Fiskus zulasten der Haushalte der Sozialversicherungsträger (Parafisci) entlasten; zugleich implizierte diese Entscheidung aber auch die Beteiligung

der Sozialversicherungen an allen Entscheidungen und generierte damit einen sehr erheblichen Abstimmungs- und Konsensbedarf, der – gegenüber einer ebenfalls ordnungspolitisch vertretbaren Steuerfinanzierung – zu Einbußen an Innovationskraft und Effizienz führen kann.

- Angesichts der großen und wahrscheinlich auch in Deutschland wachsenden, sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen¹⁷ wurde die durch das Gesetz geregelte Primärprävention unter das Oberziel der Verminderung dieser Ungleichheit gestellt, ergänzt um das Ziel des Abbaus geschlechtsbezogener Ungleichheit.
- Zur Überwindung des in der kassengetragenen Primärprävention nach § 20 SGB V festgestellten Übergewichts von Verhaltensprävention gegenüber Setting-Ansätzen (in der Sprache des Gesetzentwurfs ‚lebensweltbezogene Prävention‘) wurde faktisch eine Quotierung der Ausgaben geschaffen: künftig sollten mindestens 40 % der Präventionsausgaben in Projekte und Programme der ‚lebensweltbezogenen Prävention‘ fließen.
- Während Entscheidungen über das ‚Ob‘ und ‚Was‘ an Primärprävention sinnvoll nicht von einer Zentrale ‚top-down‘ getroffen werden können und es deshalb dezentraler ‚kontextnaher‘ Strukturen zur Identifikation und Umsetzung geeigneter Vorhaben bedarf, können die Defizite der bisherigen, v. a. kassengetragenen Primärprävention im Hinblick auf die Zielorientierung und Qualitätssicherung sowie auf die Kampagnenfähigkeit am besten durch eine programmgebende Zentrale abgebaut werden. Dem versuchte der Gesetzentwurf durch die Schaffung von drei Entscheidungsebenen (Stiftung auf Bundesebene, ‚Entscheidungsgremien‘ auf Landesebene und dezentrale Projekte durch Sozialversicherungen) zu entsprechen.

Auf der Grundlage einheitlicher Definitionen von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie Gesundheitsförderung und auf Basis von Leistungsbeschreibungen und Vorgaben für die Zielformulierung und Qualitätssicherung ergeben sich drei Handlungsebenen der primären Prävention mit ihren je eigenen Aufgaben:

- die Bundesebene mit einer gemeinsamen Stiftung von Kranken-, Renten-, und Pflegeversicherung, in der übergreifende Aufgaben erfüllt werden sollten. Dazu gehören insbesondere die Erarbeitung und Empfehlung von Gesundheitszielen und Teilzielen, die Organisation von Kampagnen, die Durchführung von Modellvorhaben sowie – für alle Handlungsebenen – verbindliche Maßstäbe, Kriterien und Verfahren der Qualitätssicherung. Gesundheitsziele sollten sich künftig auf epidemiologische Daten stützen, die zu diesem Zweck vom Robert Koch Institut (RKI), das auch für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zuständig ist (www.rki.de), erhoben und aufbereitet werden sollten. Insbesondere bei der Durchführung von Kampagnen sollten Sachkunde und Ressourcen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.bzga.de) in Anspruch genommen werden;
- die Landesebene sollten gemeinsame Entscheidungsgremien geschaffen werden, in denen Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung gemeinsam mit den Ländern konkrete Projekte und Maßnahmen in den Lebenswelten (Settings) der Bürgerinnen und Bürger beschließen sollten;
- die Ebene der Sozialversicherungsträger, auf der Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung die ihnen zugeschriebenen Aufgaben der Prävention jeweils eigenverantwortlich erfüllen sollten. Dabei geht es im Wesentlichen um Verhaltensprävention, aber auch um betriebliche Gesundheitsförderung. Diese letzte Zuordnung fügt sich nicht in die

Systematik des Gesetzes und war ein Zugeständnis an die Kassen, die sich dieses wettbewerbsträchtige Aktionsfeld in je eigener Regie erhalten wollten.

In den Jahren 2005 bis 2007 sollten die in die neuen Strukturen fließenden Gelder stetig zunehmen, um im Jahre 2008 den vorgesehenen jährlichen Umfang von 250 Mio. Euro erreichen. Davon sollte die Stiftung 50 Mio. Euro und die 16 auf der Ebene der Länder eingerichteten Entscheidungsgremien zusammen 100 Mio. Euro erhalten. Für die – im Rahmen der Zielbindung und mit Qualitätssicherung – weiterhin autonom von den Sozialversicherungen zu organisierende Verhaltensprävention hätten dann ebenfalls 100 Mio. Euro zur Verfügung gestanden.

Von den insgesamt 250 Mio. Euro sollten 180 Mio. Euro von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kommen, deren Präventionsausgaben damit gegenüber dem nach dem ‚alten‘ § 20 SGB V gegebenen Ermächtigungsrahmen (ca. 2,64 Euro je Versichertem im Jahr 2003), der aber nie ausgeschöpft worden war¹⁸, um ca. 20 % sinken. Von diesen 180 Mio. Euro waren 36 Mio. Euro für die Stiftung, 72 Mio. Euro für die Entscheidungsgremien auf Länderebene, und 72 Mio. Euro für kassentragene Verhaltensprävention und betriebliche Gesundheitsförderung vorgesehen.

Der Beitrag der Gesetzlichen Rentenversicherung war auf insgesamt 40 Mio. Euro fixiert worden, die sie – ohne Mehreinnahmen – aus den bislang für Rehabilitation (Tertiärprävention) verwendeten Ressourcen abzweigen sollte (Stiftung 8 Mio. Euro, und je 16 Mio. Euro sollen für Setting-Projekte auf Landesebene und von der Rentenversicherung selbst zu organisierender Verhaltensprävention).

Die Gesetzliche Unfallversicherung sollte von ihrem Beitrag in Höhe von 20 Mio. Euro 12 Mio. für die Stiftung und 8 Mio. Euro für Setting-Projekte im Betrieb ausgeben. Damit wären freilich mehr als 90 % der von der Unfallversicherung für Primärprävention aufgebrauchten Mittel in Höhe von ca. 700 Mio. Euro außerhalb des Regelwerks des Präventionsgesetzes geblieben.

Die Gesetzliche Pflegeversicherung sollte von ihrem Beitrag in Höhe von insgesamt 10 Mio. Euro 2 Mio. in die Stiftung und je 4 Mio. für Setting-Projekte und Verhaltensprävention ausgeben.

Bewertung des Vorhabens: Stärken und Schwächen

Wegen Meinungsverschiedenheiten und Kompetenzproblemen zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMGS) und dem für die Bundesagentur für Arbeit (Arbeitslosenversicherung, SGB III) zuständigen Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (BMWA) konnte bis zum Schluss keine Einigung über die Einbeziehung dieses Zweigs der Sozialversicherung erzielt werden, obgleich deren Klientel – die zu Beginn des Jahres 2005 offiziell registrierten mehr als 5 Millionen Arbeitslosen – in besonderem Ausmaß unter ‚sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen‘ zu leiden hat: wer länger als 12 Monate arbeitslos ist, trägt im Durchschnitt ein doppelt so hohes Krankheitsrisiko wie berufstätige Menschen¹⁹. Durch die Ausklammerung der Arbeitslosenversicherung erlitt das Konzept der verantwortlichen Einbeziehung der Sozialversicherungsträger in das Präventionsgeschehen eine schwere Beschädigung.

Ein weiteres Defizit ergab sich aus dem Umstand, dass der Gesetzgeber keine Regelungsbefugnis über die Verwendung der Mittel der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung ausüben kann. Deshalb sollte deren Beitrag zur Umsetzung des Präventionsgesetzes freiwillig erfolgen.

Mit dem ‚Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention‘ sollte eine sehr komplexe Struktur mit einer Fülle von Gremien und Zuständigkeiten geschaffen werden, wie sie für das deutsche (‚korporatistische‘) System der Steuerung durch Verbände typisch ist (‚Pfadabhängigkeit‘)²⁰. Gesundheitspolitisch enthielt das Gesetzesvorhaben eine Reihe von Verbesserungen gegenüber dem Ist-Zustand:

- die (mäßige) Vermehrung von Ressourcen für Primärprävention,
- die deutliche Steigerung von Ressourcen für Setting-Projekte (‚lebensweltbezogene Prävention‘),
- die Einbeziehung des Interventionstyps bevölkerungsweiter Kampagnen in das präventionspolitische Repertoire
- die verbindliche Orientierung der Primärprävention an wissenschaftlich gestützten Gesundheitszielen,
- die Verpflichtung der Primärprävention auf die Verminderung sozial und geschlechtsbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen
- die verbindliche Vorgabe von Standards und Verfahren der Qualitätssicherung sowie
- die Einbeziehung der Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung.

Problematisch war an dem Konzept, ob die komplexen Aushandlungs- und Abstimmungserfordernisse mit vertretbarem Aufwand zu den gesundheitspolitisch erwünschten Maßnahmen und Programmen geführt hätten. Auch hätte die Gefahr von Blockaden sowohl auf jeder einzelnen der drei als auch zwischen den Ebenen bestanden. Zweifel an der Effizienz der institutionellen Struktur gründen sich zum einen auf die Tatsache, dass die Stiftung auf Bundesebene lediglich Empfehlungen zu Zielen etc. hätte geben dürfen (§ 11 Abs. 1) und sowohl die Länder (§ 12 Abs. 3) als auch die Sozialversicherungsträger (§ 17 Abs. 6) in den Verhandlungen mit dem BMGS Öffnungsklauseln durchsetzen konnten, die ihnen ein Abweichen von zentral vorgegebenen Zielen und Programmen erlaubt hätte. Problematisch blieb auch, dass die Stiftung für die Durchführung von länderübergreifenden Kampagnen und Programmen das Einvernehmen der jeweiligen Entscheidungsgremien der betroffenen Länder benötigt hätte. Fraglich blieb, ob die Ebenen übergreifenden Instrumente der Koordination ausgereicht hätten, um die Eigeninteressen der beteiligten Akteure zu zügeln. Denn es war absehbar, dass die jeweilige Bundesregierung ein Interesse daran haben würde, das nur im Zusammenwirken von massenmedial vermittelten Gesundheitsbotschaften, Setting-Projekten und individuell ansetzender Prävention wirksame Instrumente der Kampagne²¹ auch oder gar primär für Eigenwerbung zu nutzen. Auf der Ebene der Länder hätte ein dauerndes Interesse daran bestanden, den stark unterfinanzierten öffentlichen Gesundheitsdienst mit Hilfe der durch das Präventionsgesetz umgelenkten Beitragsmittel zu entlasten. Die Krankenkassen schließlich haben bei fortdauernder Konkurrenz und ohne funktionierenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich²² ein dauerndes Interesse daran, Verhaltensprävention nicht vorrangig am Kriterium der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, sondern an der Optimierung ihres Risiko-Pools (‚Rosinen-Picken‘) zu orientieren.

Ob das Gesetz in der Lage gewesen wäre, angesichts dieser Interessen und Anreize tatsächlich die Primärprävention zu einer starken ‚Säule‘ der Gesundheitssicherung zu entwickeln, wäre letztlich davon abhängig gewesen, inwieweit sich die Akteure an den programmatisch allseits unterstützten Zielen des gesundheitlichen Gemeinwohls orientiert hätten. Hätte sich dagegen der im Gesetzentwurf verankerte Regelungsansatz bewährt, wäre bereits in wenigen Jahren

die Frage auf die Tagesordnung gerückt, ob die finanzielle Ausstattung der Primärprävention mit ca. 2 Promille der für Krankenversorgung aufgewendeten Mittel ausreichend ist. Insgesamt wäre mit dem Gesetz erstmals in Deutschland ein Regelwerk für die Primärprävention entstanden, das die Umsetzung moderner Konzepte primärer Prävention in einem mehr als nur symbolischen Umfang ermöglicht hätte.

Das (vorläufige) Scheitern

Dazu kam es nicht: Der Gesetzentwurf wurde nach ausführlicher Anhörung im Bundestagsausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung am 9. März 2005²³ am 22. April 2005 vom Bundestag verabschiedet. In seiner 811. Sitzung beschloss der Bundesrat (Länderkammer) am 27. Mai 2005 das Gesetz aufzuhalten und den Vermittlungsausschuss ‚mit dem Ziel der grundlegenden Überarbeitung‘ anzurufen. Wichtiger Kritikpunkt war ‚die vorgesehene Finanzierung durch die Sozialkassen‘²⁴ und damit jene Komponente des Gesetzesvorhabens, der die Länder im Herbst 2004 nach langen Verhandlungen mit dem Gesundheitsministerium ausdrücklich zugestimmt hatten. Allen Beteiligten war dabei klar, dass die Anrufung des Vermittlungsausschusses - fünf Tage nach der Ankündigung vorgezogener Neuwahlen zum Bundestag für den Frühherbst 2005 – das ‚Aus‘ für dieses Gesetzesvorhaben in dieser Legislaturperiode bedeutete.

Perspektiven

Mit dem Scheitern des Präventionsgesetzes gelten für die Sozialversicherungen die bisherigen gesetzlichen Regelungen. Vor allem die Institutionen und Verbände der GKV, die sich durch das Gesetzesvorhaben in der autonomen Verwendung der ca. 200 Mio. Euro, die sie gemäß § 20 SGB V für primäre Prävention ausgeben sollen, erheblich eingeschränkt fühlten, sind darüber keineswegs unglücklich²⁵ und setzen stattdessen auf die Verbesserung der Umsetzung dieses Paragraphen. Dazu zählen nicht nur die Ausschöpfung des finanziellen Rahmens, sondern auch eine stärkere Förderung von Setting-Projekten sowie eine regional gleichmäßigere Förderung. Zudem erwägen sie die Wiederbelebung eines Projektes, das sie im Zuge der Gesetzesvorbereitungen schon einmal im Jahre 2003 entwickelt, aber im Verlaufe der Verhandlungen mit der Bundesregierung fallen gelassen hatten: die Gründung einer GKV-Präventionsstiftung, in die alle Kassen anteilig insgesamt 35 Mio. Euro aus den nach § 20 SGB V aufzubringenden Mitteln einzahlen sollten, um damit – befreit von den Fehlreizen aus der Kassenkonkurrenz – Setting-Projekte v. a. für sozial Benachteiligte zu finanzieren, orientiert an Gesundheitszielen mit einheitlicher und verbindlicher Qualitätssicherung²⁶.

Die Entwicklungsgeschichte der Primärprävention in Deutschland geht also weiter und bleibt spannend: die öffentliche Thematisierung der Notwendigkeit und der Möglichkeiten moderner Primärprävention hat – nicht zuletzt durch das wachsende Gewicht der Public Health Expertise in der öffentlichen Diskussion – einen Stand erreicht, der es keiner künftigen Bundesregierung erlaubt, das Thema unbearbeitet zu lassen. Freilich ist es angesichts der unterschiedlichen Konzepte, die von verbesserter Impfung und Gesundheitserziehung v. a. durch die Gesundheitsämter²⁷ bis hin zur Gesundheitsförderung als gesellschaftspolitischer Strategie²⁸ reichen, eine offene Frage, in welche Richtung der nächste Anlauf einer gesetzlichen Regelung gehen wird.

Referenzen

- ¹ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Fischer GC, Kuhlmei A, Lauterbach KW, Rosenbrock R, Schwartz FW, Scriba PC, Wille E): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2002, Band 1: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation 117 ff.; Band III, 1-4: Über-, Unter und Fehlversorgung:2:21 ff.; III.3:21 ff., 58 ff. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Fischer GC, Glaeske G, Kuhlmei A, Lauterbach KW, Rosenbrock R, Scriba PC, Wille E): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005, mimeo Bonn, Kap. 4
- ² Rosenbrock R, Gerlinger Th. Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung, Lehrbuch Gesundheitswissenschaften, 2. erweiterte Auflage, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber 2006 (i. E.)
- ³ Rosenbrock R. Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV, in: Rosenbrock R, Bellwinkel M, Schröer A, editors. Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band Nr. 8, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft 2004:7-149
- ⁴ Rosenbrock R, Schaeffer D, editors. Die Normalisierung von Aids. Politik – Prävention – Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Band 23, edition sigma: Berlin 2002
- ⁵ Lenhardt U. Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 2003;11/1/:18-37
- ⁶ Mörath V. Die Trimm-Aktionen des Deutschen Sportbundes zur Bewegungs- und Sportförderung in der BRD 1970 – 2004. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Discussion Paper SP I 2005-302
- ⁷ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Fischer GC, Kuhlmei A, Lauterbach KW, Rosenbrock R, Schwartz FW, Scriba PC, Wille E): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2002:Bd. III:3:86 ff.
- ⁸ Kühn H, Rosenbrock R. Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In: Rosenbrock R, Kühn H, Köhler B, editors. Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin: edition sigma 1994 : 29-53
- ⁹ Rosenbrock R, Noack H, Moers M. Öffentliche Gesundheit und Pflege in NRW. Qualitative Bedarfsabschätzung gesundheitswissenschaftlicher und pflegewissenschaftlicher Qualifikationen im öffentlichen Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Herausgegeben in der Schriftenreihe des MAGS, Düsseldorf:1993
- ¹⁰ Noack R H, Rosenbrock R. Stand und Zukunft der Berufspraxis im Bereich Public Health. In: Schaeffer D, Moers M, Rosenbrock R, editors. Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. edition sigma: Berlin 1994
- ¹¹ Bundestags-Drucksache 15/4833 vom 15.02.2005
- ¹² Rosenbrock R. Prävention und Gesundheitsförderung – Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Politik, Das Gesundheitswesen 2004;66,Heft 3:146-152
- ¹³ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. editor. gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht. Bonn 2003
- ¹⁴ Rosenbrock R. Krankenkassen und Primärprävention – Anforderungen und Erwartungen an die Qualität. In: Walter U, Drupp M, Schwartz FW, editors: Prävention durch Krankenkassen. 2002:40-57
Rosenbrock R. Der neue § 20 SGB V als Gestaltungsherausforderung für die Selbstverwaltung der GKV. Die Betriebskrankenkasse:2001;89,1:22-27
- ¹⁵ Rosenbrock R. Prävention und Gesundheitsförderung als Handlungsfeld der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., editor. Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe als Zukunftsaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitspolitische Perspektiven. Hannover: Selbstverlag, 1999:15-21.
Rosenbrock R. Qualitätssicherung für Leistungen der primären Prävention durch die gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen des § 20 SGB V n. F. In: AOK-Bundesverband et al. Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention bei der Umsetzung von § 20 SGB V (n. F.). Dokumentation einer Tagung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, Bergisch Gladbach.
- ¹⁶ Walter, U. Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung. Mimeo, Hannover:2003
- ¹⁷ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Fischer GC, Glaeske G, Kuhlmei A, Lauterbach KW, Rosenbrock R, Scriba PC, Wille E): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005, mimeo Bonn, Kap. 4

- Mielck A: Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Einführung in die aktuelle Diskussion, Bern, Verlag Hans Huber (i. E.)
- ¹⁸ MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.: Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung – Dokumentation 2002, Essen: MDS
- ¹⁹ Rosenbrock R. Arbeitslosigkeit und Krankheit. Gesundheitswissenschaftliche Befunde. In: Forum Wissenschaft:1988;15,1:15-17
Grobe Th G, Schwartz F W. Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, hrsg. vom Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Berlin: Robert-Koch-Institut: 2003;13
- ²⁰ Rosenbrock R, Gerlinger Th. Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung, Lehrbuch Gesundheitswissenschaften, 2. erweiterte Auflage, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber 2006 (i. E.)
- ²¹ Rosenbrock R. Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV, in: Rosenbrock R, Bellwinkel M, Schröer A, editors. Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band Nr. 8, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft 2004:7-149
- ²² Rosenbrock R. Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zur Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales:2003:52,3:87-90
- ²³ Protokoll des Bundestags-Ausschusses für Gesundheit und soziale Sicherung 15/95
- ²⁴ Bundesrats-Drucksache 306/05
- ²⁵ Bellwinkel M. Jetzt erst recht: Prävention ohne Präventionsgesetz, in: News. Gesundheitsförderung aktuell, 03/04/2005:9-10
- ²⁶ Stuppardt R. Mündliche Mitteilung auf dem Hauptstadtkongress 2005 „Gesundheit und Medizin“ am 15. Juni 2005 in Berlin
- ²⁷ Beske F. Prävention. Ein anderes Konzept, Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheitssystem-Forschung Band 103, Eigenverlag: Kiel 2005
- ²⁸ Kickbusch I. Gesundheitsförderung. In: Schwartz FW et al., editors. Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, 2. völlig neu bearb. u. erw. Aufl., München, Jena: Urban & Fischer 2003:81-189

Der Autor:

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock, Jg. 1945, ist Leiter der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und lehrt Gesundheitspolitik u. a. an der Technischen Universität Berlin. Seine wichtigsten Themen sind die sozial bedingten Ungleichheiten von Gesundheitschancen, Präventionspolitik, Krankenkassenpolitik sowie Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung. Er betreibt seit den 70er Jahren Gesundheitsforschung und Politikberatung und ist u. a. Mitglied im Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR – G) sowie Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Mitglied des Nationalen Aids-Beirates (NAB), des Vorstandes im Berliner Zentrum Public Health (BZPH) etc.

E-mail: rosenbrock@wz-berlin.de