

Die konzeptuelle Verarmung der Präventionsdebatte

Zur besonderen Rolle gesellschaftlicher Entwicklungen

Autor: Bernd Röhrle



Zusammenfassung Der Beitrag setzt sich mit der Frage auseinander, ob die bislang entwickelten präventiven Maßnahmen, so wie sie sich im Nationalen Präventionsbericht darstellen, konzeptionell, versorgungs- und gesellschaftspolitisch ausreichend sind, um den derzeitigen Bedarf an Gesundheitsförderung zu decken. Dabei wird die Frage insbesondere in Hinsicht auf strukturelle und dynamische Aspekte von verhältnisorientierten Formen der Prävention diskutiert.

Wiederabdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlages. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 50 (2), 23-27

Einleitende Bemerkungen

Nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes in 2015 würde man Zeichen erwarten, dass das kurative Modell an Bedeutung verliert. Die Realität aber ist eine andere, wenn man sich die Ergebnisse des ersten Nationalen Präventionsberichts von 2019 zu Gemüte führt. Zunächst erfährt man nichts darüber, ob die präventiven Maßnahmen, über die berichtet wurde, Krankheitsraten minimieren konnten. Das wäre allerdings auch nicht im großen Maßstab zu erwarten gewesen, da der Ausgabenanteil für präventive Leistungen, bezogen auf die Gesundheitsgesamtausgaben in 2017, gerade mal 0,2% betrug [1, 2]. Die kaum merkbare öffentliche Rezeption des Themas und vor allem auch der geringe Nutzungsgrad der präventiven Angebote mögen das Ihre dazu beigetragen haben. Gerade 4% der Krankenversicherten beanspruchten jährlich die Offerten. Die Ergebnisse hierzu beruhen zudem auf einer methodisch wenig überzeugenden Datenbasis. Nur eine solche hätte aufgezeigt, dass präventive Interventionen den kurativen sogar überlegen sein können [4, 5, 6]. Man könnte diese kritische Einschätzung relativieren, wenn man für mögliche präventive Erfolge den Zeitraum seit Verabschiedung des Präventionsgesetzes als sehr kurz wahrnehmen würde. Doch dieses Argument gilt nur eingeschränkt. Schon in den Siebzigerjahren gab es zahlreiche nationale und internationale Bemühungen, eine präventive Wende zu forcieren [7, 8]. Die wenigen Erfolge seit dieser Zeit haben

vielleicht damit zu tun, dass schon sehr früh auf notwendige konzeptionelle und gesellschaftspolitische Erweiterungen gedrängt wurde. Vielleicht sind es wieder genau diese Forderungen, die heute die inzwischen entwickelten Präventionsangebote zu einem bedarfsfernen Unternehmen machen, weil sie theoretisch, konzeptionell und praktisch nicht befriedigen [8].

Konzeptionelle Barrieren

Diese Defizite zeigen sich sowohl bei den berichteten verhaltens- als auch verhältnisbezogenen Präventionsmaßnahmen. Die im Nationalen Präventionsbericht erwähnten präventiven Konzepte sind in ihrem inneren Verständnis entweder nicht tiefgehend durchdrungen, oder sie reichen nicht aus, um die Möglichkeiten auszuschöpfen. Es zeigen sich dabei Defizite sowohl im Bereich der verhaltens- als auch – und dies in besonderer Weise – in der verhältnisorientierten Prävention.

Ein unvollständiges Übergewicht verhaltensbezogener Präventionsmaßnahmen

Im Nationalen Präventionsbericht und in denen der gesetzlichen Krankenversicherung überwiegen Berichte zu verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahmen. Es handelt sich um Ergebnisdarstellungen, die darüber informieren, wie über die Verände-

rung von Wissensbeständen, Einstellungen, Emotionen und individuellem Verhalten der Umgang mit Ernährung, Bewegung und Stress trainiert werden kann. Die hierfür zugrunde liegenden Modelle zur Handlungsregulation bleiben dabei im Verborgenen (z.B. wird das transtheoretische Modell nicht erwähnt) [9]. In nicht wenigen Fällen, wie z.B. im Fall der Stressbewältigung, überstrapazieren die genutzten Methoden die Möglichkeiten, wie sie in störungsrisikanten und lebensereignisspezifischen Situationen aber notwendig sind (z.B. Scheidung, Verwitwung, Einsamkeit). Zudem fehlen rein salutogen orientierte präventive Interventionen. So sucht man vergeblich nach Hinweisen auf Maßnahmen zur Steigerung des Wohlbefindens [10].

Mangelhafte Vorstellungen von Verhältnisprävention

Die wenigen, dort erwähnten verhältnisbezogenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind bei genauer Betrachtung konzeptionell fragwürdig und unvollständig. Man beschränkt sich begrifflich auf Settings wie Familie, Schule, Kindergarten, Betriebe, Kommune, soziale Brennpunkte und riskante Lebenslagen (z.B. Arbeitslosigkeit). Dort fördert man aber überwiegend gesundheitsrelevantes Verhalten. Nun sind z.B. Stressverarbeitungsprogramme im Betrieb noch lange keine verhältnisorientierte Prävention. Erst durch Maßnahmen wie z.B. der Arbeitsplatzgestaltung werden sie zu

solchen [11]. Es handelt sich also im Bericht eher um verhaltensbezogene Maßnahmen in Settings und nicht um Intervention durch Settings. Außerdem bleibt das Konzept des Settings und der Lebenslagen oberflächlich. Vor allem aber fehlen wichtige andere ökologische Konzepte [12, 13, 14].

Lebenslagen und Settings: Lenkt man den präventiven Blick nur auf Lebenslagen und Settings, so muss einem bewusst sein, dass man mit dieser Perspektive versucht, dem phänomenfernen Schicht- oder Klassenbegriff etwas entgegenzusetzen. Man will mit diesen Begrifflichkeiten mehr die praktische und konkret erfahrbare Umwelt in den Mittelpunkt rücken (und verliert dabei möglicherweise den Blick auf das Ganze). Dafür gewinnt man zwar mehr Lebensweltnähe, obgleich man in Zweifel ziehen kann, ob man mit ein paar veränderten Gedanken, etwas Entspannung und Selbstfürsorge der Intensivierung der Arbeit oder dem sozialen Kahlschlag der Arbeitslosigkeit tatsächlich begegnen kann. Wenn man schon den Begriff der Lebenslage nutzt, dann sollte man damit die vielfältigen philosophischen und soziologischen Sichtweisen dieser Begrifflichkeit auch präventiv umsetzen [15, 16]. Dies wird am Beispiel der Habermas'schen Auffassung deutlich, der Lebenslagen auf ihre interaktive, gesellschaftliche und individuelle Bedeutung untersucht hat. Damit wäre die proximale Sicht des Begriffs zugunsten einer gesellschaftlichen Perspektive aufgehoben. Der Begriff des Settings ist im Übrigen auch noch in völlig anderen Disziplinen zu Hause (z.B. in der Gemeindepсихologie). Dort werden sie als hoch komplexe Systeme beschrieben, die auch messbar sind [17].

Bleibt man zunächst auf der Ebene von Lebenslagen und betrachtet sie im Lichte der Belastungen von bestimmten Personengruppen, so stellt sich die Frage, ob die gewünschte Nähe zum Phänomen tatsächlich erreicht wurde. Beschäftigt man sich beispielsweise mit der Veränderung der Lebenslagen von älteren Menschen, so würde man erwarten, dass Aspekte wie soziale Isolation und Armut auftauchen müssten. Stattdessen begnügt man sich damit, kognitive Funktionen, Bewegung und Ernährung zu trainieren [18, 19]. Auch bei Kindern und Jugendlichen verhält es sich ähnlich, obgleich diese Lebensphase von enormer prädictiver Bedeutung ist und es zahlreiche präventive Interventionen gibt, die im 13. Kinder- und Jugendbericht zitiert werden und die wenigstens die familiäre Struktur än-

dern wollen, obwohl nachgewiesen ist, dass auch Einflüsse aus den sozialen Netzwerken bedeutsam sind. Auch riskante Lebenslagen, wie die von Kindern psychisch kranker Eltern, sollen über verhaltensorientierte Maßnahmen und mit etwas familiärer Hilfe bewältigt werden können [19, 29]. Das Gleiche gilt für präventive Interventionen, die für Migranten entwickelt wurden. Ob Bewegungstraining in Vereinen ausreicht, um den Akkulturationsstress zu mildern, ist fraglich [21, 22]. Auch die riskanten Kontexte von Arbeitslosen bleiben bei den angebotenen Präventionsmaßnahmen für diese Problemgruppe unberührt: Belastungsparameter wie Selbstwertbeeinträchtigungen, finanzielle Beschränkungen, Netzwerk- und Strukturverlust dürften wohl kaum hinreichend mit dem Training von Gesundheitsverhalten und Stressbewältigung bekämpft werden können. Die erwähnten verbesserten Interaktionsbedingungen in Arbeitsagenturen und das Training betriebsangepasster Bewerbungskompetenzen dürfte zudem wohl kaum reichen, um dieser Risikogruppe zu helfen [23, 24].

Hinzu kommt, dass andere Begrifflichkeiten für die präventiv bedeutsame Rekonstruktion von Verhältnissen mindestens genauso geeignet sind: u. a. soziale Netzwerke, soziales Kapital, Merkmale von Organisationen (z. B. soziale Klima), »Capabilities« usw.. Auch im Rahmen einer gesellschafts-politischen Betrachtungsweise haben sich diese meso- und exosozialen Merkmale als fruchtbar erwiesen [13].

Soziale Netzwerke: Diese Welt wird zwar erwähnt, doch beziehen sich Hinweise darauf fast nur auf kooperative Verbindungen von Organisationen (z. B. Netzwerk frühe Hilfen) [25]. Diese Verbände aber werden dabei nicht als interorganisationelle Netzwerke metrisch dargestellt. Vor allem aber fehlt es an netzwerkbezogenen präventiven Interventionen außerhalb solcher Kooperativen. Diese aber nehmen einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit. Zahlreiche Studien schließen sich seit den Achtzigerjahren dieser Erkenntnis an. Sie regulieren durch strukturelle Veränderungen die negativen Einflüsse, aber auch Potenziale sozialer Netzwerke. Nachgewiesen ist u. a., dass sich die Anreicherung von sozialen Netzwerken durch kompetente Peers präventiv aus-

Organisationen: Gesundheitsförderliche Maßnahmen auf der Ebene von Organisationen werden zwar erwähnt, aber auch hier dominieren verhaltensbezogene Maßnahmen. In der betrieblichen Gesundheitsförderung geht es im Wesentlichen um die Verbesserung von Ernährung, Bewegung, Umgang mit Stress und Alkoholgenuss. Die Maßnahmen beschränken sich auf den Zugang zu den dafür notwendigen Ressourcen, zu Möglichkeiten der Stressbewältigung und zu Strategien des Drogenverzichts. Verhältnisorientierte Maßnahmen i. e. S. bestehen aus Jobrotation und Führungstraining. Man nähert sich den in der Arbeitswelt bekannten pathogenen Faktoren wie Arbeitsintensität u. a. m., ohne aber die ganze Breite der Belastungsparameter zu erreichen [26, 27]. Auch in schulischen Settings wird vornehmlich Gesundheitsverhalten und resilientes Handeln trainiert. In diesem Bereich beschränken sich die verhältnisorientierten Maßnahmen auf den Zugang zu Bewegungsmöglichkeiten und den Genuss von gesundem Essen. Selten spielt bei diesem Setting die Veränderung der Lernstrukturen und die Anbindung an die Gemeinde eine Rolle [28].

Kommunale Gesundheitsförderung: Auch in diesem Bereich dominieren verhaltensbezogene Maßnahmen. Verhältnisbezogene Interventionen beschränken sich vielfach auf überschaubare Veränderungen, wie Begrünungen [29]. Die von der WHO dokumentierte Reduktion der sozialen Ungleichheit durch die Einrichtung gesunder Städte hätte man berichten können. Deutsche Städte waren bei der Evaluation nicht beteiligt [30].

Gesellschaftliche Strukturen: Die makrosozial präventiv bedeutsame Ebene beschreibt mit verschiedenen Konzepten das innere Gefüge einer Gesellschaft (vom Milieu bis hin zur Klassenstruktur). Zu den gesundheitlich relevanten Konzepten aus der Vielzahl möglicher Begriffe gehört die Analyse sozialer Schichten, Armut-Reichtums-Diskrepanzen und das soziale Kapital. Der Nationale Präventionsbericht spricht die Bedeutung sozialer Ungleichheiten an, wenngleich selten. Man hatte wohl erkannt, dass sozial benachteiligte Menschen deutlich mehr unter psychischen und körperlichen Erkrankungen leiden müssen und dieses Thema präventiv bedeutsam ist [31, 32, 33, 34]. Immerhin wird von den gesetzlichen Krankenversicherungen berichtet, dass 20% der gesundheitsförderlichen Interventionen in Schulen und Kindergärten innerhalb sozialer Brennpunkte stattfanden

[35]. Gesellschaftspolitische und gesundheitsförderliche Interventionen, wie etwa die nachweislich präventiv wirksame Vergabe von Mindesteinkommen, bleiben unerwähnt [36, 37]. Auch andere Maßnahmen zur Bekämpfung der *sozialen Ungerechtigkeit* fehlen völlig. Dabei weiß man, dass der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an sozialer Ungerechtigkeit und Lebenserwartung, Fettleibigkeit, psychischen Problemen (auch Sucht und Devianz) beachtlich ist [38]. Auch der Begriff des *sozialen Kapitals* (meint u. a. den Zugang zu Ressourcen und kollektives Vertrauen) taucht nicht auf, obgleich hierzu zahlreiche gesundheitsrelevante Daten vorliegen [39, 40]. Auch der *Capability-Approach* bleibt fremdes Gelände, obwohl dieses Konzept nachweislich eine Rolle beim Zugang zu gesundheitlich relevanten Ressourcen spielt [41].

Die mangelnde Sicht auf soziale Dynamiken:

Nicht nur viele gesundheitsrelevante Strukturen wurden vernachlässigt, auch der Blick auf das soziale Geschehen ging verloren. Gesellschaftliche Veränderungen, sozialer Wandel oder Krisen wurden nicht erwähnt. Wenn man sich, wie im Bericht geschehen, auf unterschiedliche Altersgruppen bezieht, so richtet sich der Blick allein auf Präventionsketten. Diese Sicht berührt zwar Aspekte der Veränderung im Lebensverlauf, man verbleibt aber auf einer eher individualisierenden Sicht, zumindest dann, wenn der Lebensverlauf nicht die Veränderung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen auf unterschiedlichen ökologischen Ebenen mitdenkt [42, 43, 44, 45]. Folgende gesundheitsrelevante Dynamiken sind in diesem Zusammenhang zu erwähnen: Globalisierung, Finanzkrisen, Klimawandel, Medialisierung der Interaktionssysteme und der Verlust des Gemeinschaftlichen.

Globalisierung: Phänomene einer zunehmend globalisierten Welt führen nicht nur zu einer steigenden Verbreitung von ansteckenden Krankheiten, sondern sie spalten sozial, intensivieren und vervielfältigen den Informationsgehalt in verschiedenen Lebenswelten. Insbesondere durch die Ungleichverteilung der Ressourcen, mit den Anforderungen der Globalisierung umgehen zu können, verstärkt sich die soziale, kulturelle und ökonomische Spaltung von Gesellschaften, aber auch Gemeinschaften mit all ihren auch gesundheitsrelevanten Folgen. Sie fördern dabei Ambiguitätsintoleranz und soziale Segregationsprozesse [46]. Präventive Maßnahmen müssten deshalb mit verstärkten Sensibilitäten auf diese An-

forderungen reagieren und darauf vorbereiten, um den Umgang mit Komplexität und Vieldeutigkeit insbesondere bei Personen und sozialen Aggregaten zu stärken.

Finanzkrisen: Viele Studien wiesen nach, dass die neoliberal bedingten Finanzeinbrüche nicht nur in Griechenland und Spanien zu beobachten waren und die Gesundheit beeinträchtigten (u. a. Suizide, psychische Probleme, Verlust von Lebensqualität). In Finnland wurde sogar nachgewiesen, dass die Finanzkrise zu einer Aktivierung präventiver Maßnahmen in den Betrieben geführt hat [47].

Umweltkrise: Viele Studien machten deutlich, dass Umweltbelastungen und -krisen nicht nur biologisch bedeutsame gesundheitliche Effekte zeitigen, sondern auch psychosoziale und ökonomische. So zeigte sich, dass dadurch sozial unterstützende Potenziale abnahmen; es kam zu mehr psychischen Störungen, und es gab eine Korrelation mit einer höheren Sterblichkeit [48]. Man hat diese Folgen zwar erkannt, man versucht aber mit viel zu einfachen Mitteln diesen Gefahren zu begegnen (Kühlräume) [49]. Dennoch wird hier deutlich, dass Umweltschutz zu einer wichtigen Art von Gesundheitsförderung avanciert.

Mediale und technologische Entwicklungen:

Die Möglichkeiten des Netzes werden vornehmlich in Hinsicht auf die Angemessenheit oder Gefahren der medialen Verbreitung von gesundheitsrelevanten Informationen untersucht; dabei sind die Ergebnisse hierzu eher ernüchternd [50]. Die Nebeneffekte des medial gesteuerten Verhaltens gelangen dabei in den Hintergrund des Interesses (Internetabhängigkeit, Selbstwertbeeinträchtigung bzw. Depressivität, Informationsüberlastung, Kolonisierung der mentalen Welt und Reduktion der realen Interaktionsmuster [51]).

Der Verlust des Gemeinschaftlichen: Vom Standpunkt einer »Community Loss Hypothese« sieht man im Verlust des Gemeinschaftlichen einen Hauptfeind für den Erhalt von Gesundheit. Der Verlust des Normativen im Sinne von Becks Risikogesellschaft, Ehrenbergs »erschöpftem Selbst« oder Hennings »tertiären Gefühlen« sind dabei wichtige, gesundheitsrelevante Sichtweisen. Stadt-Land-Unterschiede in Hinsicht auf die Stützpotenziale sind nachgewiesen, dies dürfte in Hinsicht auf den zunehmenden Urbanisierungsgrad noch an Bedeutung zunehmen. Auch im Kontext einer älter wer-

enden Gesellschaft sieht man schon die pathogenen Muster der sich entwickelnden sozialen Netzwerke: Sie werden teilweise größer, verlieren zwar negative Beziehungsmuster, gehen aber einher mit einer hohen Unzufriedenheit mit familiären Interaktionen. Nach Angaben der Bundesregierung ist zwischen 2008 und 2017 die Einsamkeit leicht angestiegen [52]. Zahlreiche Studien berichten darüber, dass es, unabhängig vom Ausmaß des sozial-emotionalen Verlustes einer Gesellschaft, einen beachtlichen Zusammenhang gibt zwischen Einsamkeit und Erkrankungen bzw. erhöhter Mortalität [53]. Angesichts dieser Bedrohung sind die bislang entwickelten Maßnahmen zur Bewältigung der Einsamkeit international eher bescheiden (vor allem werden soziale Kontaktmuster aufgebaut) [54]. Sozial und ökologisch relevante Formen von Interventionen gegen Einsamkeit dieser Art aber kommen im Bericht auch nicht vor (z. B. intergenerationelles Wohnen) [55].

Schlussfolgerung und Perspektiven

Nicht nur das Defizit in Hinsicht auf die notwendige Betrachtung von gesellschaftlichen Entwicklungsprozessen muss die zukünftige Planung der Präventionsmaßnahmen konzeptuell und praktisch formen. Die fachlichen Vorgaben für eine Präventionspolitik müssen insgesamt in ihrer Tiefe und Breite dringlich ergänzt werden [56].

- Konzepte der Verhältnisprävention sollten ökologisch geordnet und gesamtgesellschaftlich gestaltet werden. Das bedeutet u. a., dass eine gerechtere Sozial- und Wirtschaftspolitik notwendig sein wird.
- Die sozial ausgleichende Präventionspolitik muss sich mehr hin zu einer salutogen wirksamen emanzipativen, Teilhabe schaffenden Präventionspolitik ändern.
- Die zukünftige Präventionspolitik sollte sich mit einem sozialkritischen Blick an fast vergessene Warnungen vor präventiven Maßnahmen erinnern: Gefahr der Kontrolle, der Überanpassung, der fürsorglichen Belagerung, der Individualisierung gesellschaftlicher Probleme u. a. m. [57]
- Es ist deutlich geworden, was eine gesamtgesellschaftlich geprägte Prävention heißen könnte. Sicher ist, dass Mehrausgaben notwendig sind, um für mehr Breite, Nachhaltigkeit und Kapazität der gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu sorgen.

Literatur

1. DESTATIS (2019): Gesundheitsausgaben. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/_inhalt.html
2. BAUER S, RÖMER K, GEIGER L (2019): Präventionsbericht 2019. Berichtsjahr 2018. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2019_GKV_MDS_Praeventionsbericht_barrierefrei.pdf.
3. RÖHRLÉ B, CHRISTIANSEN H (2018): Efficacy: Prävention psychischer Störungen und Förderung psychischer Gesundheit: Eine Meta-Meta-Analyse. In H Christiansen, D Ebert, B Röhrle (Hg.): Gesundheitsförderung. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. (S. 13–36): Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
4. WIJKSTRA J, LIJMER J, BALK FJ, GEDDES JR, NOLEN W (2006): Pharmacological treatment for unipolar psychotic depression: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 188 (5): 410–415.
5. FEISS R, DOLINGER S, MERRITT M, REICHE E, MARTIN K, YANES JA, THOMAS CM, PANGELINAN M (2019) A systematic review and meta-analysis of school-based stress, anxiety, and depression prevention programs for adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 48 (9): 1668–1685.
6. KABA-SCHÖNSTEIN L, TROJAN A (2016): Gesundheitsförderung in Deutschland. In A Trojan, L. Kaba-Schönstein, P. Franzkowiak, S Blümel, G Nöcker, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Ergänzungsband 2016. (S. 85–116): Oberhirschberg: Verlag für Gesundheitsförderung.
7. SCHRÖDER KT (2004): Prävention als Schwerpunkt der Gesundheitspolitik. In Aktion Psychisch Kranke, R Schmidt-Zadel, H Kunze, R Peukert (Hg.): Prävention bei psychischen Erkrankungen. Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung. Tagungsbericht. (S. 5–10): Bonn: Sozialpsychiatrische Informationen.
8. NATIONALE PRÄVENTIONSKONFERENZ (2019): Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. Berlin & Kassel. https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/NPK-Praeventionsbericht_Barrierefrei.pdf.
9. KRYP SIN-EXNER I, PRINTZINGER N (2018): Theorien der Krankheitsprävention und des Gesundheitsverhaltens. In K Hurrelmann, M Richter, T Klotz, S Stock (Hg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. (S. 35–46): Göttingen: Hogrefe.
10. RÖHRLÉ B (2018): Wohlbefinden/Well-Being. In BZGA Leitbegriff der Gesundheitsförderung (letzte Aktualisierung am 22.03.2018, <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/wohlbefinden-well-being/>).
11. BAMBERG E, BUSCH C (1996): Stressbezogene Interventionen in der Arbeitswelt. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 50 (4): 215–226.
12. REJESKI WJ, FANNING J (2019): Models and theories of health behavior and clinical interventions in aging: a contemporary, integrative approach. *Clinical Interventions in Aging*, 14 1007–1019.
13. SHELLEY D, GOLDEN SD, MCCLEROY KR, GREEN LW, EARP JAL, LIEBERMAN LD (2015): Upending the social ecological model to guide health promotion efforts toward policy and environmental change. *Health Education & Behavior* 42 (1S): 8S–14S.
14. BRONFENBRENNER U (1979): *The Ecology of Human Development*. Cambridge (MA): Harvard University Press.
15. KOLIP P (2015): Lebenslagen und Lebensphasen. In BZGA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/lebenslagen-und-lebensphasen/>
16. ROSENBRÖCK R, HARTUNG S (2015): Settingansatz/Lebensweltansatz. In BZGA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/>.
17. SEIDMAN E, CAPELLA E (2017): Social settings as loci of intervention. In MA Bond, I Serrano-Garcia, CB Keys (Eds.): *APA handbook of community psychology*. Volume 2. Methods for community research and action for diverse groups and issues. (pp. 235–254). Washington D.C. American Psychological Associations.
18. GRILL E (2018): Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei älteren Menschen und Auswertung der vorliegenden Evidenz. Ergebnisbericht. Bearbeitungszeitraum: 01.01.2017–01.06.2017 Bonn: BZGA & GKV Bündnis für Gesundheit. https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/AeltereM_Grill_2017.pdf.
19. STELLMACHER T, WOLTER B (2018): Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis): zur Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen. Ergebnisbericht. Bearbeitungszeitraum: 01.11.2016–05.07.2017.
20. OBERMAIER M, KÖHLER T (2018): Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis): zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern aus psychisch belasteten Familien. Ergebnisbericht. Bearbeitungszeitraum: 01.07.2017–31.12.2017. Bonn: BZGA & GKV Bündnis für Gesundheit.
21. ALTGELD T (2018): Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis): zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund. Ergebnisbericht. Bearbeitungszeitraum: 01.12.2016–31.05.2017. Bonn: BZGA & GKV Bündnis für Gesundheit.
22. ARNHOLD J, RÖHRLÉ B (2018): Prävention psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten. In H Christiansen, D Ebert, B Röhrle (Hg.): *Gesundheitsförderung*. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. (S. 309–330): Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
23. HOLLEDERER A (2017): Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungsprojekten bei arbeitslosen Menschen und Auswertung der vorliegenden Evidenz. Ergebnisbericht. Bonn: BZGA & GKV Bündnis für Gesundheit. https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Literaturrecherche_Arbeitslosigkeit_Holleder_2017.pdf.
24. KORCZAK D (2017): Systematischer Review zur Prävention des Alkoholmissbrauchs bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Ergebnisbericht. Bearbeitungszeitraum: 01.09.2016–31.03.2017. Bonn: BZGA & GKV Bündnis für Gesundheit. https://gp-f.com/de/pdf/Review_Alkohol_Korcza_2018.pdf.
25. PERKINS JM, SUBRAMANIAN SV, CHRISTAKIS NA (2015): Social networks and health: A systematic review of sociocentric network studies in low- and middle-income countries. *Social Science & Medicine*, 125: 60–78.
26. PIEPER C, SCHRÖER S, BRÄUNIG D, KOHSTALL T (2015): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. *iga.Report* 28. Berlin: Initiative Gesundheit und Arbeit. https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga-Reporte/Dokumente/iga-Report_40_Wirksamkeit_und_Nutzen_Gesundheitsfoerderung_Praevention.pdf.
27. BARTHELMES I, BÖDEKER W, SÖRENSEN, J, KLEINLERCHER, K-M, ODOY J (2019): Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2012 bis 2018. Dresden: Neue Druckhaus Dresden.
28. PAULUS P, DADACZYNSKI K (2018): Gesundheitsförderung in der Schule. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Hg: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
29. QUILLING E, KRUSE S (2018): Evidenzlage kommunaler Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung: Eine Literatur- und Datenbankrecherche. Bonn BZGA & GKV. https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Rapid-Review_Komm-Strategien_Quilling_2019.pdf.
30. DE LEEUW E, TSOURO S, AD, DYAKOVA M, GEOFF GREEN G (2014). Healthy cities. Promoting health and equity – evidence for local policy and practice. Summary evaluation of Phase V of the WHO European Healthy Cities Network. Copenhagen: WHO.
31. LAGO S, CANTARERO D, RIVERA B, PASCUAL M, BLÁZQUEZ-FERNÁNDEZ C, CASAL B, REYES F (2018): Socioeconomic status, health inequalities and

- non-communicable diseases: A systematic review. *Journal of Public Health*, 26 (1): 1–14.
32. LAMPERT T, HOEBEL J, KROLL LE (2019): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 4 (1): DOI: 10.25646/5868.
33. LUND C, BROOKE-SUMNER C, BAINGANA F, BARON EC, BREUER E, CHANDRA P, HAUSHOFER J, HERRMAN H, JORDANS M, KIELING C, MEDINA-MORA ME, MORGAN E, OMIGBODUN O, TOL W, PATEL V, SAXENA S (2018): Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5 (4): 357–369.
34. BUTTERWEGGE C (2020): Die Zerrissenheit der Republik. Wirtschaftliche soziale und politische Ungleichheit in Deutschland. Weinheim: Beltz.
35. MEDIZINISCHER DIENST DES SPITZENVERBANDES BUND DER KRANKENKASSEN – MDS (2018): Präventionsbericht 2018. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2017. Essen.
36. FORGET EL (2011): The town without poverty. Using Health Administration Data to Revisit Outcomes of a Canadian Guaranteed Annual Income Field Experiment. University of Manitoba. [http://public.econ.duke.edu/~erw/197/forget-cea%20\(2\).pdf](http://public.econ.duke.edu/~erw/197/forget-cea%20(2).pdf).
37. KANGAS O, JAUHAINEN S, SIMANAINEN M, YLIKÄNNÖ M (2019): The Basic Income Experiment 2017–2018 in Finland. Preliminary results. Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2019: 9. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161361/Report_The%20Basic%20Income%20Experiment%2020172018%20in%20Finland.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
38. WILKINSON R, PICKETT T (2018): The inner level. How more equal societies reduce stress, restore sanity and improve everyone's well-being. München: Penguin.
39. GILBERT KL, QUINN SC, GOODMAN RM, BUTLER J, WALLACE J (2013): A meta-analysis of social capital and health: A case for needed research. *Journal of Health Psychology* 18 (11): 1385–1399.
40. EHSAN A, KLAASA, HS, BASTIANENA A, SPINIA D (2019): Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. *SSM – Population Health*, 8, August 2019, 100425. <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6580321&blobtype=pdf>
41. MITCHELL PM, ROBERTS TE, BARTON P, PELHAM M, COAST J (2017): Applications of the capability approach in the health field: A literature review. *Social Indicators Research*, 133 (1): 345–371.
42. RICHTER-KORNWEITZ A, KILLIAN H, HOLZ G (2017): Präventionskette/Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie. In BZGA Leitbegriff der Gesundheitsförderung (letzte Aktualisierung am 22.03.2018, <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionskette-integrierte-kommunale-gesundheitsstrategie/>
43. JÄGER W, WEINZIERL U (2011): Moderne soziologische Theorien und sozialer Wandel. (2. Aufl.): Wiesbaden: VS Verlag.
44. FREUDENBERG N (1982): Health education for social change: a strategy for public health in the US. *International Journal of Health Education* 24 (3): 138–145.
45. NATHANSON CA (1996): Disease prevention as social change: Toward a theory of public health. *Population and Development Review* 22 (4): 609–637.
46. SHARMA S (2016): Impact of globalisation on mental health in low- and middle-income countries. *Psychology and Developing Societies* 28 (2): 251–279.
47. SØNDERSTRUP-ANDERSEN HK, BACH E (2018): Managing preventive occupational health and safety activities in Danish enterprises during a period of financial crisis. *Safety Science* 106: 294–301.
48. McMICHAEL AJ (2013): Globalization, climate change, and human health. *The New England Journal of Medicine* 368 (14): 1335–1343.
49. CHENG J, BERRY P (2013): Health co-benefits and risks of public health adaptation strategies to climate change: A review of current literature. *International Journal of Public Health*, 58 (2): 305–311.
50. MOORHEAD SA, HAZLET DE, HARRISON L, CARROLL JK, IRWIN A, HOVING C (2013): A new dimension of health care: Systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. *Journal of Medical Internet Research* 15 (4): 118–133.
51. ZUBOFF S (2018): Das Zeitalter des Überwachungskapitalismus. Frankfurt: Campus.
52. BUNDESREGIERUNG (2019): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Michael Theurer, Renata Alt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 19/9880 – Drucksache 19/10456 vom 23.05.2019 <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/104/1910456.pdf>.
53. CACIOPPO JT, CACIOPPO S (2014): Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and Personality Psychology Compass* 8 (2): 58–72.
54. MASI CM, CHEN HY, CACIOPPO JT (2011): A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15 (3): 219–66.
55. RÖHRLÉ B (2014): Partnerschaft, Kooperation und Solidarität als Voraussetzung für eine gelingende Vernetzung eines intergenerativen sozialen Settings. In H Binne, J Dummann, A Gerzer-Sass, A Lange, I Teske (Hg.), *Handbuch intergenerativen Arbeitens – Perspektiven zum Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser*. (S. 217–233). Leverkusen: Budrich.
56. DIAKONIE DEUTSCHLAND (2019): Diakonische Forderungen zur Novellierung des Präventionsgesetzes. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=51334d2d1d7cb156111f955d00a49353>
57. SONNENFELD C (1992): ... aber die Verantwortung liegt doch bei Dir!. *Präventionslogik und der Zwang zur Selbstdisziplin in der Gesundheits-selbsthilfe*. München: Profil Verlag.

Der Autor

Prof. Dr. Bernd Röhrlé

Verdistr. 8

72768 Reutlingen

roehrle@staff.uni-marburg.de