

Dienstag, 1. März 2005

Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention (Präventionsgesetz, PräVG)

Öffentliche Anhörung am 9.3.2005

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0816(4)
vom 01.03.2005

15. Wahlperiode**

Stellungnahme von Dr. Andreas Mielck

zur Zielsetzung "Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen"

Andreas Mielck, Dr. phil., M.P.H.
GSF - Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit
Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen
Postfach 1129, 85758 Neuherberg
Tel.: (089) 3187 - 4460; Fax: - 3375
e-mail: mielck@gsf.de

In der letzten Zeit häufen sich in Deutschland nicht nur die Armutsberichte, sondern auch die Berichte über den Zusammenhang zwischen der sozialen Lage einerseits und dem Gesundheitszustand andererseits. In einer kaum mehr überschaubaren Vielzahl von Arbeiten ist immer wieder gezeigt worden, dass Personen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status (d.h. niedriger Bildung, niedrigem beruflichen Status und/oder niedrigem Einkommen) zumeist einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen, dass sie kränker sind und früher sterben als Personen mit höherem sozio-ökonomischen Status.

Eine empirische Analyse, mit der sich das Ausmaß dieser 'gesundheitlichen Ungleichheit' gut illustrieren lässt, ist von A. Reil-Held (2000) durchgeführt worden. In einer Auswertung der Daten aus dem Sozio-ökonomischen Panel berechnete sie die Lebenserwartung für Personen aus unterschiedlichen Einkommensgruppen. Das Haushalts-Nettoeinkommen wurde dabei nach Anzahl und Alter der Haushaltsmitglieder gewichtet. Auf Basis des sich daraus ergebenden 'Äquivalenz-Einkommens' sind anschließend zwei Vergleiche durchgeführt worden: zum einen zwischen den Personen oberhalb bzw. unterhalb des mittleren Einkommens, und zum anderen zwischen den Personen aus dem oberen bzw. aus dem unteren Viertel der Einkommensverteilung (vgl. Tabelle). Vor allem dieser zweite, etwas extremere Vergleich zeigt große Unterschiede in der Lebenserwartung (bei Männern 10 Jahre, bei Frauen 5 Jahre).

Einkommen und Lebenserwartung

Äquivalenz-Einkommen	Lebenserwartung (in Jahren)	
	Männer	Frauen
a) obere 50% der Einkommensverteilung	81	85
untere 50% der Einkommensverteilung	77	83
b) obere 25% der Einkommensverteilung	82	86
untere 25% der Einkommensverteilung	72	81

Datenbasis: Sozio-ökonomisches Panel (1984-1997)

Stichprobe: 2.675 Männern und 3.136 (neue Bundesländer, Deutsche); 939 Todesfälle

Quelle: Reil-Held 2000

Die gesundheitliche Ungleichheit ist so oft belegt worden, dass an ihrer Existenz nicht mehr gezweifelt werden kann. Selbstverständlich ist nicht jeder Unterschied im Gesundheitszustand auch gleichzeitig ein gesundheitspolitisches Problem, das Interventionsmaßnahmen erforderlich machen würde. Die status-spezifischen Unterschiede sind jedoch so groß, dass in allen westeuropäischen Staaten versucht wird, diese Ungleichheit zu verringern.

Ansätze zur Erklärung und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit

Inzwischen wird immer häufiger die Frage gestellt, *warum* die Personen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen und was dagegen unternommen werden kann. Bei der Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit wird zwischen zwei grundlegenden Hypothesen unterschieden:

- Der sozio-ökonomische Status beeinflusst den Gesundheitszustand (plakativ formuliert: Armut macht krank)
- der Gesundheitszustand beeinflusst den sozio-ökonomischen Status (plakativ formuliert: Krankheit macht arm)

In den meisten Diskussionsbeiträgen wird betont, dass in Deutschland der erste Erklärungsansatz wichtiger ist als der zweite. Es ist daher mit einer Vielzahl von Ansätzen versucht worden, den Einfluss des sozio-ökonomischen Status auf den Gesundheitszustand zu erklären. Dabei lassen sich vor allem die folgenden Ansätze unterscheiden: physische und psychische Arbeitsbelastungen, Wohnbedingungen, Umweltbelastungen (z.B. Luftverschmutzung), gesundheitliche Versorgung (z.B. bei der zahnärztlichen Versorgung), Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungs-Untersuchungen, gesundheitsgefährdendes Verhalten (z.B. Rauchen). Für viele dieser Ansätze ist bereits empirisch gut belegt worden, dass sie in der Tat einen Beitrag zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit leisten können.

Auf einer allgemeinen Ebene lassen sich somit die folgenden Ansatzpunkte zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit unterscheiden:

- Verringerung der sozialen Ungleichheit (d.h. Verringerung der Unterschiede bei Ausbildung, beruflichem Status und Nettoeinkommen)
- Verbesserung der Gesundheits-Chancen von status-niedrigen Personen (d.h. Verstärkung ihrer gesundheits-fördernden Umweltbedingungen, Verringerung ihrer Exposition gegenüber gesundheits-gefährdenden Umweltbedingungen, Verbesserung ihrer präventiven und kurativen gesundheitlichen Versorgung, Verbesserung ihres Gesundheitsverhaltens, Verbesserung ihrer beruflichen und finanziellen Absicherung bei Krankheit)

Der erste Ansatzpunkt 'Verringerung der sozialen Ungleichheit' würde das Problem quasi an der Wurzel anpacken. Der Nachteil ist jedoch offensichtlich; die dafür erforderlichen grundlegenden strukturellen Veränderungen könnten nur in langfristigen gesellschaftlichen Auseinandersetzungen erreicht werden. Die Bemühungen um eine kurz- und mittelfristige Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit sind daher erfolgreicher, wenn sie sich zunächst vor allem auf den zweiten Ansatzpunkt konzentrieren, d.h. auf die Verbesserung der Gesundheits-Chancen von status-niedrigen Personen.

Bei diesem zweiten Ansatzpunkt wird gegenwärtig in Deutschland oft betont, wie wichtig Gesundheitsverhalten und Eigenverantwortung sind. Eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens in den unteren Statusgruppen würde ohne Frage zu einer erheblichen Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit führen. Das Gesundheitsverhalten basiert jedoch häufig nicht nur auf freien Entscheidungen, sondern es wird maßgeblich geprägt durch die Lebensumstände. Ohne Berücksichtigung dieser komplexen Ursachen des Gesundheitsverhaltens besteht somit die Gefahr, dass 'dem Opfer die Schuld zugeschoben wird' (blaming the victim).

Wünschenswert wäre ein Zyklus, der sich in drei Phasen unterteilen lässt: Bestandsaufnahme des Problems und Zieldefinition, Entwicklung und Umsetzung von Interventionsmaßnahmen, Evaluation der Maßnahmen und erneute Zieldefinition. Von einem derart rationalen Vorgehen ist in Deutschland bisher jedoch nur ansatzweise etwas zu erkennen. Eine klare Zieldefinition fehlt, und es sind nur wenige Gesundheitsförderungsmaßnahmen ergriffen worden, mit denen gezielt versucht wird, den Gesundheitszustand in den unteren Statusgruppen zu verbessern. Diese Maßnahmen sind zumeist regional, zeitlich und finanziell sehr begrenzt; eine fundierte wissenschaftliche Evaluation ist zudem kaum vorhanden.

Praktische Erfahrungen aus anderen westeuropäischen Staaten

In einem von der EU geförderten Projekt wurde deutlich, dass einige andere westeuropäische Staaten bei der rationalen Planung derartiger Interventionsmaßnahmen schon sehr viel weiter vorangeschritten sind. Vor allem ist hier das Vereinigte Königreich (UK) zu nennen. Dort wurde bereits vor ungefähr 20 Jahren im Auftrag der Regierung ein umfassender Bericht zu Ausmaß und Ursachen der gesundheitlichen Ungleichheit veröffentlicht. Mitte der 90er Jahre ist durch die Regierung ein größeres Forschungsprogramm zu diesem Thema aufgelegt worden, und Ende der 90er Jahre machte sich die Regierung zum ersten Mal offiziell das Ziel zu Eigen, die gesundheitliche Ungleichheit durch umfassende Interventionsmaßnahmen reduzieren zu wollen. Diese Entwicklung (umfassender Bericht im Auftrag der Regierung, spezielle Forschungsprojekte für die offenen Fragen, offizielles Programm der Regierung zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit) ist auch in anderen westeuropäischen Staaten zu beobachten. In Deutschland hat eine vergleichbare Entwicklung jedoch gerade erst begonnen.

Als Vorbilder können vor allem das Vereinigte Königreich (Acheson Report 1998), die Niederlande (Programme Committee 2001) und Schweden (Swedish National Committee 2001) gelten. Selbstverständlich unterscheidet sich die Entwicklung von Staat zu Staat. Es fällt zum Beispiel auf, dass im Vereinigten Königreich und in den Niederlanden spezielle Berichte zum Ziel 'Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit' erstellt wurden; in Schweden ist das Ziel jedoch in ein allgemeineres Konzept zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung integriert worden. In den Niederlanden wurden quantitative Zielvorgaben formuliert, in den beiden anderen Staaten jedoch nicht. An diesen Unterschieden lässt sich erkennen, wie stark die jeweiligen Konzepte von den spezifischen Bedingungen in jedem Staat abhängig sind. Bezogen auf Deutschland lässt sich daraus folgern, dass wir aus den Erfahrungen anderer Staaten lernen, jedoch ein eigenes Konzept zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit entwickeln sollten.

Konkrete Interventionsmaßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit

Es war bisher kaum möglich, einen Überblick über die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu erhalten, die sich auch und vor allem an die sozial Benachteiligten richten. In Deutschland ist nur selten versucht worden, eine derartige Bestandsaufnahme zu erstellen. Auffallend ist, dass dabei jeweils nur ein kleiner Ausschnitt aus den vorhandenen Maßnahmen erfasst wurde, und dass offenbar erst seit wenigen Jahren versucht wird, diese Interventionsmaßnahmen systematisch zu erfassen. Die größte Anstrengung zur Schließung dieser Informationslücke wird zurzeit von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unternommen. Die Internet-Plattform 'Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten'¹ bietet erstmals die Möglichkeit, (a) einen umfassenden und ständig aktualisierten Überblick über diese Maßnahmen zu schaffen, und (b) diese Information allen Interessenten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Seit Ende 2004 läuft ein EU-Projekt, mit dem diese Internet-Plattform auf mehrere Staaten ausgedehnt werden soll. Das Projekt trägt den Titel 'Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities in Europe' und wird ebenfalls von der BZgA geleitet, gemeinsam mit dem 'European Network of Health Promotion Agencies (ENHPA)'.

¹ www.datenbank-gesundheitsprojekte.de

Die Internet-Plattform ist sehr wichtig zum Auffinden von konkreten Interventionsmaßnahmen. Sie kann das Problem, dass wir bisher viel zu wenig über Erfolg oder Misserfolg dieser Maßnahmen wissen, jedoch nur ansatzweise lösen. In einem EU-Projekt wurden kürzlich die konkreten Interventionsmaßnahmen identifiziert, die *nachweislich* zu einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit geführt haben (Mackenbach/Bakker 2002). Aus Deutschland konnte jedoch keine Studie aufgenommen werden.

Stellungnahme zum Entwurf des Präventionsgesetzes (PrävG)

Schon in § 3 (d.h. an sehr prominenter Stelle) heißt es: "Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention sollen die Gesundheitschancen der Bevölkerung verbessern und insbesondere dazu beitragen, sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen abzubauen". In § 11 wird etwas mehr über die konkreten Schritte zur Erreichung dieses Ziels gesagt: Die neu zu bildende 'Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung' wird Kriterien entwickeln, mit deren Hilfe die Verteilung der gesundheitlichen Risiken in der Bevölkerung ermittelt werden kann; im Vordergrund steht dabei die Verteilung nach "Alter, Geschlecht und sozialer Lage". Eine weitere Spezifizierung erfolgt in § 27. Dort werden Präventionsmaßnahmen in den 'Lebenswelten' der Zielgruppe gefordert (d.h. am Arbeitsplatz, in der Schule, im Stadtviertel etc.). In der Begründung steht: "Auf diese Weise kann insbesondere zur Verminderung sozial und geschlechtsbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beigetragen werden." Im § 25 wird betont, dass die Träger der Präventionsmaßnahmen in regelmäßigen Abständen einen Bericht über ihre praktischen Erfahrungen bei der Umsetzung dieses Gesetzes vorlegen sollen, und dass dabei die Unterteilung nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage zu beachten ist. In § 26 wird für jede Legislaturperiode ein 'Präventionsbericht' der Bundesregierung angekündigt. Hier wird erneut die notwendige Unterteilung nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage hervorgehoben.

Gemeinsam mit dem PrävG wird das Gesetz über die 'Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung' eingereicht (Präventionsstiftungsgesetz, PrävStiftG). Dort steht in §2 (also ebenfalls an sehr prominenter Stelle): "Zweck der Stiftung ist die Förderung der gesundheitlichen Prävention im Sinne des Präventionsgesetzes. Dazu soll die Stiftung die Präventionsziele koordinieren und unterstützen sowie die gesundheitliche Prävention weiterentwickeln und insbesondere zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen".

Diese neuen Gesetze dokumentieren das Engagement des Gesetzgebers für das Ziel 'Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit'. Ein so klares Bekenntnis ist bisher nur in dem (seit 1.1.2000 geltenden) § 20 SGB V zu finden. Dort steht: "Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen". Die neuen Gesetze bekräftigen diese Zielsetzung, und sie heben zudem die Beschränkung auf die primäre Prävention auf, d.h. jetzt sollen *alle* Präventions-Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit beitragen.

Die Frage bleibt, wie dieses hoch gesteckte Ziel erreicht werden kann. Im Gesetzentwurf sind dazu bisher nur wenige konkrete Hinweise vorhanden. Wichtig wäre vor allem, sich stärker an die oben genannten Vorbilder aus den anderen westeuropäischen Staaten zu orientieren.

Konkret könnte dies beispielsweise heißen:

- Formulierung von *quantitativen* Zielvorgaben für die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit
- Im Rahmen der Berichterstattung zum Präventionsgesetz: fortlaufende Überprüfung, ob diese quantitativen Zielvorgaben auch erreicht wurden
- Spezifizierung der Forschungslücken, Finanzierung von Projekten zur Schließung dieser Lücken
- Entwicklung eines Sets von *einfachen* Möglichkeiten der Evaluation, die auch für kleinere Projekte und Interventionsmaßnahmen anwendbar sind
- Bei erfolgreichen Präventionsmaßnahmen im Sinne einer *nachweislichen* Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit: Unterstützung eines Berichtswesens zur schnellen und kontinuierlichen Information der Öffentlichkeit über diese Maßnahmen
- Aufbau einer routinemäßigen Auswertung von Prozessdaten (z.B. aus der Gesetzlichen Krankenversicherung), um eine kontinuierliche Information über das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit erhalten und somit zeitliche Trends beobachten zu können
- Bei allen größeren sozial- bzw. gesundheitspolitischen Interventionen: Etablierung von Gesundheits-Verträglichkeits-Prüfungen (GVP), um bereits *vor* Einführung die möglichen Effekte auf die gesundheitliche Ungleichheit abschätzen zu können (im englischen Sprachgebrauch: 'Health Impact Assessment [HIA]', oder noch spezieller "Health Inequality Impact Assessment [HIIA]')
- Unterstützung des Austausches mit den Akteuren in anderen westeuropäischen Staaten, die dort die praktische Umsetzung des Ziels 'Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit' vorangetrieben haben

Literatur

- Acheson Report [1998]: Independent Inquiry into Inequalities in Health (Chairman: Sir Donald Acheson). The Stationery Office, London.
- Mackenbach J, Bakker M (eds.) [2002]: Reducing inequalities in health: A European perspective. Routledge, London.
- Mielck A [2000]: Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern.
- Mielck A [2004]: Sozial-Bedingte Ungleichheit von Mortalität und Morbidität, von Gesundheitsbelastungen und -ressourcen. Gutachten für den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Neuherberg.
- Programme Committee SEGV-II [2001]: Reducing socio-economic inequalities in health. Final report and policy recommendations from the second Dutch Programme Committee on Socio-Economic Inequalities in Health (SEGV-II). Ministry of Health, Welfare and Sports, Den Haag, The Netherlands.
- Reil-Held A [2000]: Einkommen und Sterblichkeit in Deutschland: Leben Reiche länger? Institut für Volkswirtschaftslehre und Statistik, Universität Mannheim, Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung, Nr. 580-00.
- Swedish National Committee for Public Health [2001]: Health on equal terms - national goals for public health. Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm, Sweden.

Weiterführende Literatur beim Verfasser