

Stellungnahme

Thomas Altgeld

**anlässlich der öffentlichen Anhörung der Anträge
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drs. 16/7284), der Fraktion
DIE LINKE (BT-Drs. 16/7471) und der FDP-Fraktion (BT-Drs. 16/8751)
zum Themenfeld „Stärkung der Prävention in Deutschland“**

1. Vorbemerkung

Grundsätzlich ist es nachdrücklich zu begrüßen, dass mittlerweile ein parteiübergreifender Konsens zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland besteht. Die Koalitionsfraktionen haben dies bereits in ihrem Koalitionsvertrag zum Ausdruck gebracht, die Oppositionsparteien machen ihr Engagement zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung durch die vorliegenden Anträge mit allerdings unterschiedlichen Akzentsetzungen nun erneut deutlich. Dass es trotz dieses breiten Konsenses bislang trotz wiederholter Gesetzgebungsanläufe nicht zu einer verbesserten gesetzlichen Verankerung der Gesundheitsförderung und Primärprävention gekommen ist, enttäuscht vor allem viele Akteure der Gesundheitsförderungspraxis vor Ort und innerhalb der Gesundheitswissenschaften. Deutschland hat sich bereits im Juni 2000 im Rahmen der fünften Weltkonferenz der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung in Mexiko auf die Entwicklung einer nationalen Strategie zur Stärkung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik und die Entwicklung eines nationalen Aktionsplanes verpflichtet. Die meisten anderen europäischen und angelsächsischen Länder sind dieser Verpflichtung längst nachgekommen. Auch international gesehen fehlt der deutschen Präventionspolitik trotz der Selbstverpflichtung gegenüber der UN eine erkennbare, ressortübergreifende Strategie.

2. Handlungsbedarfe

2.1. Zersplitterung der Präventionsansätze und unabgestimmtes Vorgehen der unterschiedlichen staatlichen Ebenen

Die aktuelle deutsche Präventionslandschaft erweist sich als zersplittert, der überwiegende Teil der Ansätze wird jedoch befristet auf Modellprojektbasis finanziert. Die meisten der unzähligen Programme zur Prävention sind zudem monothematisch (z.B. Sucht-, Kriminal-, Gewalt-, Unfallprävention oder die Präventionsaktivitäten zur Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung der GKV) und unvernetzt nebeneinander betrieben. Sie werden von außen an die Lebenswelten der vermeintlich Betroffenen und an die Individuen herangetragen. Sie verfügen in den meisten Fällen nur über geringe Reichweiten und erreichen eher die leicht erreichbaren Zielgruppen mit hohem Bildungsniveau. Zudem unterliegt die Thematisierung einzelner Gesundheitsrisiken und die nachfolgend intensivierten Präventionsaktivitäten immer bestimmten Trends und „Präventionsmoden“. Das aktuelle Trendthema der Prävention ist eindeutig Übergewicht und Bewegungsmangel. Allein für dieses Feld der Prävention von Übergewicht und Adipositas lässt sich ein regelrechter Boom von Programmen und Maßnahmen in Deutschland nachweisen. Eine wahre Programmeuphorie ist allein für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen mit mehr als 300 unterschiedlichen Programmen sehr heterogener Anbieter auf sehr unterschiedlichen Qualitätsniveaus zu verzeichnen, meistens ohne Einbezug der anvisierten Zielgruppen. Der nächste Trend wird psychische Gesundheit bzw. die Prävention von Depressionen sein.

Bis auf die Aids-Prävention ist es in den vergangenen 20 Jahren in Deutschland außerdem nicht gelungen, Maßnahmen auf allen staatlichen Ebenen (Bund, Länder und Kommunen) untereinander und mit den nicht-staatlichen Akteuren zu verzahnen und besonders vulnerable Gruppen mit zielgruppenspezifischen Programmen in nennenswertem Ausmaß anzusprechen. Freilich konnte die Aids-Prävention in den 80er und 90er Jahren in Deutschland aber auch davon profitieren, dass die massenmediale Thematisierung dieser Erkrankung ausgesprochen intensiv war und Infektionsängste in der Gesamtbevölkerung ebenfalls über Jahre hinweg weit

verbreitet waren und die Zielgruppen intensiv in die Präventionsarbeit einbezogen wurden. Ähnliche Konstellationen und mobilisierende Ängste sind für die Themen Übergewicht und Bewegungsmangel angesichts langer Gewöhnung an das Problem und seine dauernde konsequenzlose Thematisierung in der deutschen Bevölkerung keineswegs zu erwarten.

Schon auf der Ebene der Bundesregierung findet innerhalb zwischen den unterschiedlichen Fachministerien kaum ressortübergreifende Abstimmungen statt, sondern auch hier ist ein Trend zu ressortspezifischer, aber nicht zielgruppenorientierter Präventionsinvestitionen zu verzeichnen.

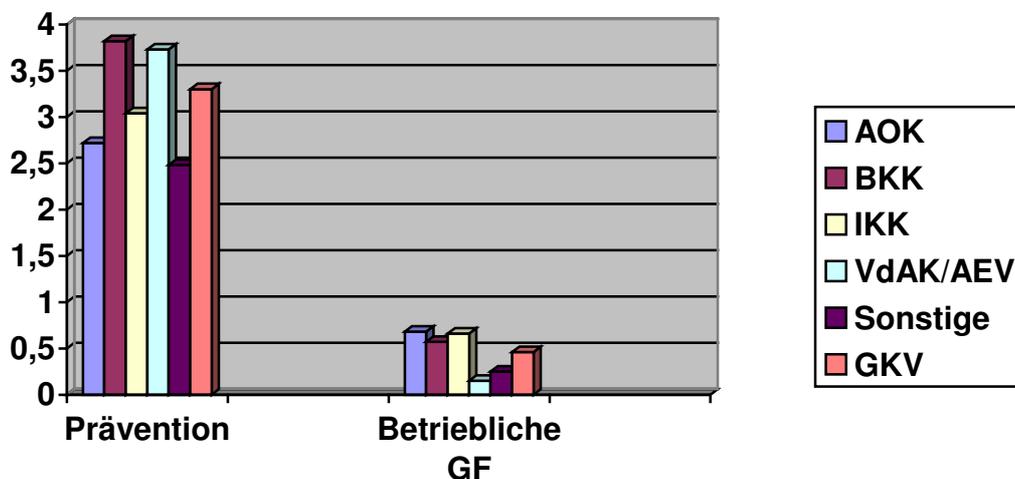
2.2. Überbewertung von Informationsvermittlung und vernachlässigte Investitionen in lebensweltbezogenen Anätze

Das Gros der Präventionsprogramme und Investitionen in diesen Bereich setzt auf Wissensvermittlung in der ein oder anderen Form. Dieses relativ einfache Strickmuster von gut gemeinter Prävention, einfache Botschaften mit multimedialen Aufwand und Giveaways an Zielgruppen zu vermitteln, die die Hauptinhalte der Botschaften meistens bereits kennen, erreicht ohne relevanten Kontextbezug eben keine Verhaltensänderungen. Zumeist werden die fördernden und hemmenden Bedingungen der Annahme von gesundheitsrelevanten Botschaften und deren Umsetzung völlig ausgeblendet. Diese Wissensvermittlung ist zwar unaufwändig zu organisieren, hat aber, wenn überhaupt, nur eine geringe gesundheitliche Wirkung. Typischerweise werden sie auch nicht im Hinblick auf gesundheitliche Wirkungen evaluiert.

In die Kompetenzerhöhung vorhandener Strukturen in den Lebenswelten (z.B. Kindertagesstätten, Schulen, Stadtteile) wird dagegen kaum investiert.

2.3 Kassenfinanzierte Wellnessangebote

Die gesetzliche Krankenversicherung leistet über ihre Leistungsausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention trotz anders lautendem Gesetzesauftrag bislang keinen nennenswerten „Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen“ (SGB V, § 20(1)). Investiert wird kassenseitig vor allem in die Primärprävention nach dem individuellen Ansatz und zwar mit zunehmend steigenden Beträgen. Der gesetzliche Vorgaberichtwert von 2,73 wurde 2006 erstmals überschritten. Der Durchschnitt der Ausgaben lag bei 3,30 Euro über alle Kassenarten hinweg.



Nur bei Investitionen in die Betriebliche Gesundheitsförderung sind nennenswerte Ausgaben zu verzeichnen, sie lagen im Kassendurchschnitt bei 0,48 Euro. In nichtbetriebliche Settings insgesamt wurden 2006 dagegen insgesamt nur 18 Cent investiert.

Trotz steigender Ausgaben bleibt die Reichweite der kassenge tragenen Individualprävention marginal, nur 1,4 Millionen Versicherte wurden über primärpräventive Kurse (1,1 % der GKV-Versicherten) erreicht. Auch den gesetzlichen Krankenversicherungen ist bekannt wie sogar in der vorgelegten Dokumentation nachzulesen ist, dass individuelle Kursangebote eher selten Versicherten mit niedrigem Einkommen oder geringer Schulbildung in Anspruch genommen werden. Auch aus Sicht der Krankenkassen sind zur Erreichung dieser Personengruppe deshalb vielmehr Maßnahmen nach dem Settingansatz geeignet. Aber über die dokumentierten Ausgaben wurden nicht einmal 1 Prozent aller Kindertagesstätten und 2 Prozent aller Schulen in Deutschland erreicht. Aber genau in diese Settings wird kaum und wenn dann nur sehr punktuell investiert. In der Dokumentation stellen die Kassen jedoch die Zahlen aus dem Settingbereich besonders heraus. Die Zahlen stellen den größten Teil der erreichten Personen trotz der minimalen Investitionen. So wurden über nichtbetriebliche Settings 2006 1,5 Millionen Menschen direkt, 1,8 Millionen indirekt erreicht. Dabei werden allerdings relativ große Zahlen generiert über Hochrechnung von Kontakten aus Internetportalen (allein 500.000 erreichte Personen über das Internetportal „Starke Eltern“, 350.000 über das Opus-Netzwerk und 180.000 über die Biobrotbox. Allein die Addition der erwähnten Maximalfälle machte 1,33 Millionen insgesamt aus und zeigen, dass eher in Materialien und Internetportale investiert wird und nicht in längerfristige Strukturveränderungen im Setting Schule.

Die entwickelte Qualitätssicherung weist keinerlei ergebnisbezogene Elemente auf, sondern setzt einseitig auf Struktur- und Prozessqualitätselemente. Ob die erheblichen Investitionen sich in nachhaltigen Verhaltensänderungen bei den erreichten Versicherten auszahlen, ist völlig unklar.

2.4 Zielgruppen mit den höchsten Präventionsbedarfen und –potenzialen werden nicht erreicht

Fast alle kassenseitig getragenen Präventionsprogramme, aber auch andere Programme in diesem Bereich erreichen Zielgruppen mit höherem Bildungsniveau und höheren Lebensstandards leichter als die Bevölkerungsgruppen mit den größten Präventionsbedarfen. Zudem werden Frauen und Mädchen deutlich leichter und umfassender erreicht als Männer und Jungen. Das Gros der Programme fokussiert auf Kinder und Jugendliche. Aber auch an dem neuen Boombereich „Prävention im Alter“ lässt sich der Trend zur Erreichung nur der leicht erreichbaren Zielgruppen nachweisen. Dabei haben die größten Präventionspotenziale nicht die sogenannten „jungen und aktiven Alten“ mit hohem Bildungsniveau und guter materieller Ausstattung, die mittlerweile sowohl von gewinnorientierten als auch nicht-gewinnorientierten Präventionsangeboten als Zielgruppe besonders oft entdeckt wurden. Denn diese Gruppen zumeist sind ausreichend in der Lage, ihre Gesundheitschancen eigenständig zu verbessern. Besonders hohe Präventionsbedarfe und –potenziale haben darüber hinaus insbesondere:

- vor allem Beschäftigte in höheren Lebensaltern mit geringem Verdienst,
- ältere Arbeitslose,
- Menschen im Rentenalter mit geringen Rentenbezügen,
- ältere Menschen mit Migrationshintergrund,
- alleinstehende ältere Menschen mit wenig sozialer Einbindung
- Pflegebedürftige und ältere Menschen mit Behinderungen
- Ältere Männer mit geringem Bildungsniveau

3. Lösungsansätze

3.1. Fokussierung öffentlicher bzw. solidarisch finanzierter Präventionsinvestitionen auf sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Das Ziel, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung von Gesundheitschancen sozial benachteiligter Gruppen zielgerichtet einzusetzen, wie es in den Anträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drs. 16/7284) und der Fraktion DIE LINKE (BT-Drs. 16/7471) formuliert wird, ist ausdrücklich zu begrüßen. Der Antrag der FDP-Fraktion (BT-Drs. 16/8751) schreibt den vorhandenen, unwirksamen Status quo der Prävention dagegen eher fort, indem die Bedeutung der Informationsvermittlung überschätzt und die Eigenverantwortung für Gesundheitsvorsorge zu deutlich herausstellt. Besser gestellte Bevölkerungsgruppen nehmen bereits alle verfügbaren Präventionsleistungen überdurchschnittlich oft in Anspruch, hier besteht kaum zusätzlicher Unterstützungsbedarf. Öffentliche Präventionsprogramme und auch die Aktivitäten der gesetzlichen Krankenversicherung müssen dagegen stärker auf Zielgruppen fokussieren, die von dem Präventionsmarkt nicht erreicht werden. Insbesondere Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, mit Migrationshintergrund oder mit Behinderungen müssen stärker als bislang erreicht werden. Die Betonung der Bedeutung geschlechtsspezifischer Ansätze wie er in Anträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drs. 16/7284) und der Fraktion DIE LINKE (BT-Drs. 16/7471) erfolgt, kann nur unterstrichen werden.

Sollte kein umfassendes Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Primärprävention auf eine breite politische Basis gestellt werden können in dieser Legislaturperiode, sollte zumindest eine Quotierung der Mittel nach § 20, SGB V eingeführt werden und die Ausgaben für nicht betriebliche Settings auf 40% der Gesamtausgaben festgeschrieben werden, 30 % für Betriebliche Settings und maximal 30 % für Ausgaben der Individualprävention. Die 40 % quotierten Mittel für nichtbetriebliche Settings sollten möglichst kassenartenübergreifend verausgabt werden in enger Abstimmung mit den Strukturen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene.

Auch die Informationskampagnen der Bundesregierung und der nachgeordneten Behörden erreichen eher leicht erreichbare Zielgruppen. Hier sollte ebenfalls eine stärkere Orientierung an den Bedarfen und der Erreichbarkeit sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen erfolgen. Dies kann auch als Selbstverpflichtung der zuständigen Fachministerien (BMG, BMI, BMELV, BMAS, BMFSFJ, BMBF und BMUNR) außerhalb umfassender gesetzlicher Regelungen erfolgen.

3.2. Verzahnung unterschiedlicher Präventionsbereiche, Entscheidungsgremium auf Bundesebene und abgestimmtes Vorgehen mit den Ländern und Kommunen

Eine bessere Verzahnung unterschiedliche Präventionsthemen und der staatlichen Ebenen ist notwendig zur Steigerung der Effektivität und Effizienz von Präventionsinvestitionen. Das Gießkannen- und ressortorientierte Ausgabenprinzip schmälert die Reichweite von Präventionsansätzen. Die Anforderungen des auf Bundesebene einzurichtenden Entscheidungsgremiums, wie es in den Anträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drs. 16/7284) und der Fraktion DIE LINKE (BT-Drs. 16/7471) zum Ausdruck kommt, könnte mit seiner breiten Beteiligung am ehernen Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ erfüllen, wenn dieser weiter formalisiert und ausgebaut wird. Hier sind die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V., die Landesvereinigungen, Landeszentralen und Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung sowie die gesetzlichen Krankenkassen, die Ärzteschaft sowie weitere Einrichtungen organisiert. Sie wollen dazu beitragen, sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern, und haben vereinbart, die hierzu vorhandenen

Erfahrungen und Instrumente zukünftig gemeinsam zu nutzen und gemeinsam weiterzuentwickeln. Es ist die einzige Präventionsstruktur auf Bundesebene, die über sogenannte „regionale Knoten“ zudem in allen Bundesländern verankert ist. Mit dem Fokus der Knotenarbeit auf sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen bestehen hier Erfahrungen mit effektiven Präventionsangeboten für Bevölkerungsgruppen, die bislang von der Mehrzahl der Präventionsträger nicht erreicht werden. Allerdings sind die regionalen Knoten bislang marginal ausgestattet. Sie könnten bei einer Quotierung der GKV-Präventionsmittel zudem eine Scharnier- und Beratungsfunktion für die Verteilung von Geldern an lebensweltbezogene Projekte auf kommunaler Ebene übernehmen. Bereits jetzt werden diese regionalen über eine hälftige Mischfinanzierung aus Ländermitteln und Mitteln der GKV finanziert.

Die Präventionsberichterstattung muss darüber hinaus systematisiert und ausgebaut werden. Eine regelmäßige Berichtspflicht einmal pro Legislatur gegenüber dem Deutschen Bundestag würde Monitoring über Art, Umfang und Effekte von Präventionsausgaben gewährleisten und eine unmittelbare Rückkoppelung zu den politischen Entscheidungsträgern gewährleisten. In die Präventionsberichterstattung sollten sowohl unmittelbare Präventionsausgaben der Sozialversicherungen und öffentlichen Hände als auch mittelbare Ausgaben etwa über Weiterentwicklung von Bildungsplänen oder die Qualifizierung von Fachkräften im Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich einfließen. Eine entsprechende Systematik muss noch erarbeitet werden. Die Ausgaben der öffentlichen Hände werden eher unterschätzt, weil sie in verschiedenen Ressorts angesiedelt sind, während die Ausgaben eher überschätzt werden in diesem Bereich. Eine regelmäßige Präventionsberichterstattung könnte auch ein realistischeres Bild der Finanzströme in diesem Sektor gewährleisten.

Eine bessere Abstimmung innerhalb der Bundesregierung zur zielgruppengerechten Gesundheitsförderung und Prävention sollte über die Einrichtung eines interministeriellen Arbeitskreises erfolgen, an dem alle zuständigen Fachministerien beteiligt sind.

3.3. Stärkung vorhandener Strukturen und Investitionen in Lebenswelten nicht in Medien

Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind am ehesten über vorhandene Strukturen in den Lebenswelten („Settings“) zu erreichen. Eine Konzentration öffentlicher Gelder und quasi-öffentlicher Sozialversicherungsgelder in dem Bereich der gesundheitsfördernden auf Settings, in denen ein überwiegenden Teil sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen erreicht wird, wäre sinnvoll und effektiv. Insbesondere Kindertagsstätten und Schulen in sozial benachteiligten Stadtteilen sowie andere Infrastrukturen in sozial benachteiligte Stadtteilen (z.B. Quartiersmanagement, Jugendarbeit oder Familienhilfen) sind dabei zu unterstützen, auch gesundheitliche Fragestellungen in ihrer Arbeit zu verankern. Der Kontakt zu den sogenannten „schwer erreichbaren Zielgruppen“ ist hier gegeben.

Der Gesundheitsförderungsansatz bezieht Zielgruppen schon die Problemdefinition mit ein und konfrontiert sie nicht mit Programmen und Materialien, die sie annehmen können oder nicht. Über dieses zentrale Element der Partizipation wird gewährleistet, dass die gravierendsten Gesundheitsprobleme in dem jeweiligen Setting (z.B. Schule oder Kindertagesstätten) erkannt und Lösungsansätze entwickelt werden, die ganz spezifisch auf den jeweiligen Kontext zugeschnitten sind. Erfolgreiche Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung sind auf die Settings im Bildungsbereich übertragbar wie der Modellversuch „gesund leben lernen“ in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt nachgewiesen hat. Hier hat sich bereits gezeigt, dass sozial benachteiligte Schulen stärker von Gesundheitsförderungsansätzen profitieren als besser gestellte Schulen. Ähnliches lässt sich für den Kindertagesstättenbereich feststellen.

Bei der Finanzierung von Projekten in diesen Lebenswelten kann dabei durchaus der Grundsatz gelten, dass die beteiligten antragstellenden Stellen einen Eigenanteil leisten. Die

Bereitschaft zur Weiterentwicklung der Arbeit und Implementierung von Gesundheitsförderung ist durchaus gegeben. Hier lassen sich sinnvolle Mischfinanzierungen aus öffentlichen Geldern und Geldern der Sozialversicherungen am einfachsten realisieren.

3.4. Stärkere Verankerung des Präventionsgedankens in allen Sozialversicherungszweigen statt Aufbau neuer Minisäulen

Gesundheitsförderung und Prävention muss als Querschnittsaufgaben in allen Sozialversicherungszweigen und bei anderen öffentlichen Investitionen eine größere Rolle spielen. Wesentliche Präventionspotenziale liegen nach wie vor auch in der Gesundheitsversorgung selbst. Sie können nicht nur durch ein quasi paralleles, bescheiden ausgestattetes Präventionssystem befördert werden. Der logische nächste Schritt wäre eine stärkere Präventionsorientierung innerhalb der Gesundheitsversorgung. Die Präventionserfolge im Bereich der Zahnmedizin, in der eine solche präventive Neuorientierung in den 90er Jahren erfolgt ist, zeigen, dass eingespielte Systemroutinen durch neue Anreizsysteme und Vergütungsstrukturen nachhaltig und patientenorientiert verändert werden können. Deutschland nimmt hier, zumindest was den Zahnstatus von Kindern und Jugendlichen betrifft, mittlerweile eine Spitzenreiterrolle in Europa ein, nachdem es jahrzehntelang im unteren Mittelfeld rangierte. Eine ähnlich präventive Neuorientierung für die Kuration steht noch aus. Allerdings würde sie sich auch wesentlich komplexer als in der Zahnmedizin gestalten, weil nicht für alle Erkrankungsarten klare Präventionspotenziale und -strategien vorliegen, aber gerade angesichts des demografischen Wandels ist sie notwendiger denn je.

Hannover, den 11. Juni 2008

Gez. Thomas Altgeld

Kontakt:

c/o Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Fenskeweg 2

30165 Hannover

Tel.: 05 11/3 88 11890

e-mail: thomas.altgeld@gesundheit-nds.de

www.gesundheit-nds.de