

Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften
Studiengang Angewandte Kindheitswissenschaften

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Frau Dr. Martina Bunge MdB
Platz der Republik 1

11 011 Berlin

Prof. Dr. R. Geene
StG Angewandte
Kindheitswissenschaft

Fon: 03931 2187 4866

Fax: 03931 2187 4870

raimund.geene@hs-magdeburg.de

14.06.2008

Stellungnahme

zur Anhörung am 23. Juni 08 im Bundestagsausschuss für Gesundheit zum Entwurf eines
Präventionsgesetzes

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

herzlichen Dank für Ihre Einladung zur Anhörung des Gesundheitsausschusses, der ich gerne
folge. Vorab übersende ich Ihnen nachstehend meine Stellungnahme.

Die Kernpunkte meiner Stellungnahme möchte ich hier bereits stichwortartig skizzieren:

Es besteht Bedarf an

- einer klaren gesetzlichen Regelung zur nicht-medizinischen primären Prävention
- einem zentralen Steuerungsgremium auf Bundesebene
- dem Anknüpfen an den bestehenden Strukturen der BZgA, der Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, den regionalen öffentlichen Diensten sowie den Trägern der Wohlfahrt und der Selbsthilfe
- der Mehrung und Bündelung von Finanzen der öffentlichen Hand und der Sozialversicherungsträger sowie Kofinanzierungen durch Träger der Lebenswelten
- der Entwicklung von Präventionszielen mit der Maßgabe des Abbaus sozialer und geschlechtsbedingter Ungleichheiten und der Berücksichtigung des Diversity-Ansatzes als Mainstreaming
- der Entwicklung angemessener Qualitätskriterien, die dem hochkomplexen Charakter der Gesundheitsförderung Rechnung tragen.
-

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Raimund Geene MPH

Zum Antrag der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen:

In der wissenschaftlichen Diskussion besteht Einigkeit darüber, dass Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland dringend einer Stärkung bedarf. Das schon seit dem GRG 1989 postulierte Ziel der Prävention als eigenständige Säule in der gesundheitlichen Versorgung ist richtig. Es bedarf nunmehr dringend einer organisatorischen, inhaltlichen und strukturellen Verankerung.

Der Entwicklungsbedarf betrifft v.a. die nichtmedizinische primäre Prävention, in der Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe der gesundheitlichen und sozialen Versorgung beispielgebend umgesetzt werden kann. Ein solcher ressourcenorientierter Ansatz darf sich nicht auf einzelne Gesundheitsprobleme reduzieren, es kann auch kein kurzfristiger Erfolg erwartet werden. Die Ressourcenstärkung ist vielmehr eine langfristige Investition, die Menschen über ihre Settings darin stärkt, aktuelle und künftige Belastungen konstruktiv zu bewältigen („life-skills“). Unterkomplexe Präventionsstrategien im Sinne von einfachen Verhaltensbotschaften sind zu vermeiden, da sie häufig kontraproduktiv sind und regelmäßig das Ziel der Verringerung sozial bedingter Unterschiede verfehlen, vielmehr sogar zu einer weiteren Verschärfung dieser Problematik führen bis hin zu dem vielfach beobachtbaren Phänomen des „blame the victim“.

Insbesondere die AIDS-Prävention in Deutschland gibt ein eindrucksvolles Beispiel dafür, wie eine nicht-medizinische, hochkomplexe und ausdifferenzierte Präventionskampagne mit dem Schwerpunkt des „Community-buildings“ langfristig erfolgreich etabliert werden kann. Für gesundheitlich besonders belastete Bevölkerungsgruppen wie beispielsweise Menschen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund, in Armut lebende Kinder und ihre Mütter oder Arbeitslose sind entsprechende Kampagnen viel versprechend und dringend geboten. Dafür empfiehlt sich insbesondere der Setting-Ansatz.

Die im Antrag genannte Strategie des Gender-Mainstreaming ist richtig, da sie den unterschiedlichen Lebensrealitäten und dem unterschiedlichen Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen Rechnung trägt. Die Mainstreaming-Strategie sollte jedoch noch ergänzt werden um weitere soziale Diversitäten, die im Diversity-Ansatz und dem Allgemeinen Gleichstellungsgesetz (AGG) skizziert sind.

Von herausragender Bedeutung ist die Einrichtung eines Entscheidungsgremiums auf Bundesebene. Im korporatistisch organisierten Sozialsystem der Bundesrepublik bedarf es zwingend eines zentral legitimierten und operierenden Akteurs, um dem beklagten Steuerungsdefizit zu begegnen. Erst eine zentrale Einrichtung kann dieses Vakuum füllen. Dabei muss – das lehren auch die Erfahrungen in den bislang gescheiterten Anläufen zu einem Präventionsgesetz – von der Trägervielfalt in Deutschland ausgegangen werden. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Zusammenwirken mit den Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung bietet hierfür gute Voraussetzungen, die sie durch die Etablierung des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ mit den Regionalen Knoten in allen Bundesländern unter Beweis gestellt hat. Dafür sollte die nachgeordnete Behörde BZgA allerdings, analog den Empfehlungen des Wissenschaftsrates, im Bereich von Forschung und Konzeptentwicklung deutlich gestärkt werden. Als eigene Empfehlung möchte ich ergänzen, dass der Begriff der „gesundheitlichen Aufklärung“ dem Anforderungsprofil an eine solche zentrale Einrichtung nicht gerecht wird. Hier sollte perspektivisch an eine Umbenennung in „Bundeszentrale für Gesundheitsförderung“ gedacht werden.

Eine Mischfinanzierung aus Mitteln der öffentlichen Hand und der Sozialversicherungsträger sowie die Orientierung auf Kofinanzierung durch die Träger der jeweiligen Lebenswelten erscheint sinnvoll. Mit dem jährlichen Betrag von € 500 Mio. ist hier eine angemessene Startfinanzierung vorgesehen, die sich aber im Laufe der Folgejahre deutlich erhöhen sollte.

Eine Ausklammerung einzelner Sozialversicherungszweige wie der Bundesagentur für Arbeit oder gar sämtlicher Sozialversicherungen aus einer gemeinsamen Finanzierung führt zu dem unerwünschten Ergebnis, dass wichtige Lebenswelten nicht erreicht werden könnten. Verwiesen sei hier zudem auf die Grundkonzeption der deutschen Sozialversicherung, nach der eben diese – und nicht nur der Staat – mit der Gestaltung gesunder und sicherer Lebensverhältnisse beauftragt sind. Daher kommt den Sozialversicherungen gerade im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention besondere Bedeutung und hohe Verantwortung zu.

Die Überlegung einer vollständigen Delegation der Steuerungsverantwortung an die Gremien der Länder ist nicht zielführend, da sie im Ergebnis zu Unterschieden in den Lebensverhältnissen und einer negativen Nivellierung führen wird, wie sich im Ergebnis der föderal differenzierten Bildungspolitik zeigt. Vor allem bedarf die aufzubauende Säule der Prävention einer eindeutigen Zuständigkeit, um die Gesundheitsförderung in ihrer komplexen Fachlichkeit zu entwickeln und der Gefahr zu begegnen, dass diese wichtige Neuorientierung durch partikuläre Interessen einzelner Akteure unterlaufen wird. Tatsächlich gibt es schon heute eine Vielfalt präventiver Orientierung in den Sozialgesetzbüchern (u.a. V, VIII, IX), die aber wegen ihrer bisherigen reinen Querschnittsverortung unzulänglich umgesetzt werden. Dies zeigt sich in erschreckender Weise am Thema der Kinderverwahrlosung: der breite Konsens über eine präventive Orientierung zu Frühen Hilfen wird in der Praxis regelmäßig überlagert von der ordnungspolitischen Zielsetzung der Identifizierung von Gefährdungssituationen.

Gesundheitsförderung und Prävention stellen sich in Deutschland als Entwicklungsaufgabe. Entsprechend ist auch die Qualität des Handlungsfeldes ein Entwicklungsprozess, der sich vor einer Reduktion auf kurzfristige und unterkomplexe Kriterien schützen muss. Die intendierte Ressourcenstärkung wird sich in Lebensverläufen positiv ausdrücken, nicht jedoch in kurzfristigen Parametern wie Inanspruchnahmeverhalten. Die Indikatoren müssen sich daran orientieren, was sich als langfristige Kriterien bewehrt. Beispielgebend sind diese zusammengefasst in den Good Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, bei dem u.a. auf Lebenswelt- und Sozillagenorientierung, Partizipation, Empowerment oder auch Multiplikatorenkonzepte abgezielt wird.

Zum Antrag der Fraktion Die Linke

Die Bestandsaufnahme der Fraktion Die Linke hinsichtlich der herausgehobenen Bedeutung der sozialen Lage und Teilhabe und Selbstbestimmung als Grundvoraussetzung der Gesundheit sowie die Verortung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist zutreffend und ganz im Sinne der Ottawa-Charta der WHO. Mit ihrem Vorschlag, Gesundheitsförderung und Prävention nicht als vierte, sondern als erste Säule zu implementieren, weisen sie der Gesundheitsförderung einen prinzipiell angemessenen Standort in der Versorgung zu, Jedoch wäre zu wünschen, dass zwischen Prävention als eigenem Handlungsfeld und der Gesundheitsförderung (i.S.d. Ressourcenorientierung) als Querschnittsaufgabe aller gesundheitlichen Sicherungsfelder unterschieden würde.

Der Vorschlag einer Fondsbildung durch die Sozialversicherungen bei einem jährlichen Zahlungszufluss von 1 Mrd. € aus Steuermitteln sowie ggf. ergänzend aus Verursacherabgaben ist eine interessante Finanzierungsvariante, insgesamt für die Startphase jedoch möglicherweise etwas überambitioniert.

Ansonsten möchte ich auf die meine obenstehenden Ausführungen verweisen.

Zum Antrag der Fraktion der FDP

Der Antrag der FDP orientiert auf ein grundsätzlich anderes Gesundheitsverständnis im Sinne der individuellen Prävention, bei dem die staatliche Aufgabe nur in der Informationsbereitstellung, weniger jedoch in der Lebensweltgestaltung liegt. Dies entspricht nicht den Leitgedanken der WHO in ihrer Ottawa-Charta.

Hinsichtlich der Zuordnungen der Arbeitsbereiche möchte ich davon abraten, dem Robert Koch-Institut neben ihren epidemiologischen Aufgaben auch die der Maßnahmenentwicklung aufzutragen. Dies liegt eindeutig im Bereich der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die für diese Aufgabe nach den Empfehlungen des Wissenschaftsrates noch gestärkt werden sollte (s.o.).

Ansonsten möchte ich auf meine obenstehenden Ausführungen verweisen.