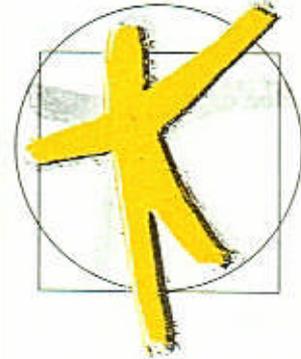


**Geschäftsstelle:**  
Breite Str. 8  
D-33602 Bielefeld

**Konto** 348834-205  
Postbank Hamburg  
BLZ 200 100 20

**Telefon** 0521- 13 35 62  
**Telefax** 0521- 17 61 06  
**Datum** 13.06.08

**E-mail** akademie@gesundheits.de  
**Internet** www.gesundheits.de  
Prof. Dr. med. Eberhard Göpel



**Stellungnahme der GesundheitsAkademie für den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zu den Anträgen der Fraktionen Bündnis 90/Die Grünen, Die Linke und der FDP zur gesetzlichen Rahmenregelung von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland zur Beratung am 23. 6. 2008**

Es ist ein bemerkenswerter Fortschritt in der deutschen Gesundheitspolitik, dass sich inzwischen zumindest drei Bundestags-Fraktionen dafür aussprechen, auch in Deutschland eine aktive Gesundheitsförderungs-Politik entsprechend den Zielsetzungen der WHO auf der Ebene der Bundesregierung zu verankern.

30 Jahre nach der Alma Ata Erklärung und 20 Jahre nach der Veröffentlichung der Ottawa-Charta der WHO eröffnet sich damit endlich auch in Deutschland im Bundestag eine Chance, sich einer gesundheitswissenschaftlich begründeten Politik anzunähern und sich aus der jahrzehntelangen Umklammerung von einseitigen Verbandsinteressen im Gesundheitswesen zu befreien. Zu den grundlegenden Einsichten einer verantwortlichen Gesundheitspolitik gehört:

1. Die Entwicklung menschlicher Gesundheit ist in sozialer und ökologischer Hinsicht höchst voraussetzungsvoll. Unsere heutige Lebensentwicklung profitiert in hohem Maße von dem Engagement früherer Generationen, sich für eine hygienische Stadtentwicklung, ein öffentliches Bildungswesen, eine partnerschaftliche Familienpolitik, einen wirksamen Umwelt- und Arbeitsschutz und für soziale Gerechtigkeit und Teilhabe am öffentlichen Leben einzusetzen. Diese Tradition verpflichtet gegenüber künftigen Generationen.
2. Gesundheitsförderung ist in diesem Zusammenhang eine wertorientierte kulturelle Gestaltungsleistung von unterstützenden gesellschaftlichen und ökologischen Rahmenbedingungen für die Lebensentwicklung der Menschen im Alltag. Sie begründet eine umfassende politische Verantwortung, die vor allem dort wirksam werden muss, wo maßgebliche Rahmenbedingungen für die menschliche Lebensentwicklung gesetzt werden.
3. Eine verantwortliche Gesundheitspolitik setzt Gesundheitsförderung und Prävention daher nicht als „vierte Säule“ oder Zusatzaktivität der Krankenversorgung, sondern als gesellschaftliche und kulturelle Grundlage für die Stärkung der gesundheitlichen Lebenskompetenz der Menschen an die erste Stelle.

4. Als Maßstab für notwendige Investitionen können die Aufwendungen und Anstrengungen unserer Vorfahren beim Ausbau der Städte in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts gelten, als innerhalb einer Generation öffentliche Parks, Schwimmhallen und Sportplätze, Trinkwasser-Versorgung und Kanalisation, Lebensmittel-Überwachung und Müllentsorgung, gut belüftete und belichtete Schulen und Krankenhäuser, genossenschaftlicher Wohnungsbau, Unfall- und Krankenversicherung, Kurwesen und Reformpädagogik geschaffen wurden und sich die Lebensqualität und die Gesundheit der Menschen in den Städten sprunghaft verbesserte.
5. Ein derartiges Engagement für die Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten auch für die nächsten Generationen kann nicht gesetzlich verordnet, aber in vielfältiger Weise politisch gefördert werden.  
Von zentraler Bedeutung ist eine subsidiäre Stärkung der kommunalen Handlungsebene und die Förderung bürgerschaftlichen Engagements und professioneller Kompetenzen in der Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten.  
Entsprechende Programme sind seitens der WHO mit dem Gesunde-Städte-Projekt und mit internationalen Netzwerken settingorientierter Gesundheitsförderung (z. B. Gesundheitsfördernde Kitas und Schulen, Gesundheitsfördernde Betriebe und Verwaltungen, Heime und Krankenhäuser) initiiert worden.  
Sie könnten durch eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklungs-Politik des Bundes in einen europäischen Rahmen integriert werden.
6. Eine lebensweltbezogene Gesundheitspolitik, deren Umsetzungsebene die Kommunalentwicklung in Städten und Gemeinden ist, wird gegenwärtig in verschiedenen europäischen Ländern entwickelt. In Dänemark entscheiden z. B. seit dem Jahr 2007 die Kommunen über den Einsatz der Gesundheitsaufwendungen und deren Verteilung auf die Gesundheitsförderung und die Primäre-, Sekundäre- und Tertiäre Krankenversorgung. Der Aufbau entsprechender Planungs- und Koordinations-Kompetenzen in den Kommunen setzt in Deutschland ein mindestens 10-jähriges systematisches Investitionsprogramm von Bund und Ländern voraus, wobei erste Erfahrungen gegenwärtig im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“ gesammelt werden können.
7. Die Bundesregierung kann und muss im Rahmen der Forschungs- und Entwicklungsförderung im Gesundheitsbereich neue Schwerpunkte setzen.  
Die gegenwärtig völlig einseitige Ausrichtung des Förderprogramms „Forschung im Dienste der Gesundheit“ des BMBF auf klinische (Labor-) Forschung muss durch eine stärkere Ausrichtung auf Gesundheitsförderungs-Forschung in den Lebenswelten des Alltags neu austariert werden. Durch intersektorale und interdisziplinäre Forschungen werden auch Grundlagen für eine aktive Gesundheitspolitik in anderen Politiksektoren erarbeitet.
8. Innerhalb der Bundesregierung ist nach den nächsten Bundestagswahlen eine Bündelung und Neugruppierung politischer Verantwortungen notwendig, um die gegenwärtigen Ressortkonkurrenzen zu überwinden.  
In mehreren anderen Ländern wurden in den letzten Jahren die Verantwortungen für die Gesundheitsförderung in einem neuen Integrations-Ministerium zusammengefasst. Dies ist in einer Lebenslauf-Perspektive durch ein „Ministerium für Generationen“ oder in einer Struktur-Perspektive durch ein „Ministerium für öffentliche Gesundheitsförderung“ möglich.

Ein derartiges Ministerium bildet mit seinen nachgeordneten Einrichtungen das Kompetenzzentrum für eine systematische Koordination von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland im europäischen und internationalen Kontext. Es kann zum „Zukunfts-Ministerium“ einer nächsten Bundesregierung werden, die sich den Konsequenzen des demografischen Wandels stellen muss.

9. Konsensbildende, fraktionsübergreifende politische Initiativen für die Förderung konkreter nationaler Programme der Gesundheitsförderung (z. B. in Schulen) im Plenum des Bundestages erscheinen uns gegenwärtig sinnvoller im Hinblick auf die notwendige, grundlegende Umstrukturierung der Gesundheitspolitik des Bundes als ein kurzfristiges Präventionsgesetz, das lediglich Krankenkassen-Mittel an die Bundesländer umverteilt. Für eine zielführende Nutzung von Krankenkassen-Aufwendungen für die Primärprävention wäre eine erweiterte Fassung des § 20 SGB V hinreichend.

Im Vordergrund der notwendigen politischen Initiativen auf der Ebene des Bundes muss vielmehr eine systematische Neuordnung der öffentlichen Verantwortung im Bereich der Daseinsvorsorge und der Gesundheitsförderung stehen, die von einer Vereinheitlichung der Präventions-Regelungen in den Sozialgesetzbüchern bis zur Verabschiedung eines korrespondierenden Umweltgesetzbuches reicht und im Rahmen einer Stadtentwicklungs-Politik bürgerschaftliches Engagement und soziale Integrationsprozesse durch Gemeinwesen-Entwicklung durch systematische Infrastruktur-Förderung fördert.

Das Investitionsprogramm des Bundes für Ganztags-Grundschulen ist dafür ein geeignetes Vorbild. Die Weiterentwicklung von Kindertagesstätten zu Eltern-Kind-Zentren oder Mehrgenerationen-Häusern, der Aufbau stadtteilbezogener Gesundheitshäuser, die Förderung von Pflegegenossenschaften und ähnliche Infrastruktur-Maßnahmen bilden wichtige Beiträge zu einem gesünderen und sozial integrierenden Zusammenleben in den Städten und Gemeinden, zu denen eine Bundesregierung in der Auswertung europäischer Erfahrungen wesentliche politische, rechtliche und finanzielle Voraussetzungen schaffen kann, die künftig durch ein Ministerium für Gesundheitsförderung und Kommunalentwicklung des Bundes koordiniert und verantwortet werden sollten.

Als Ergänzung zu dieser Positionsbestimmung verweisen wir auf die Veröffentlichung „Wege zu einer Politik nachhaltiger Gesundheitsförderung in Deutschland“, an der die GesundheitsAkademie maßgeblich mitgewirkt hat.

Bielefeld/Magdeburg, 10. 6. 2008

Prof. Dr. med. Eberhard Göpel

# Wege zur Politik und Praxis nachhaltiger Gesundheitsförderung in Deutschland

## Abschlussdokument der „SommerAkademie zur Gesundheitsförderung 2006“ in Magdeburg

### Gesundheit ist ein Thema des Alltagslebens und der Verantwortung öffentlicher Politik

1. Die Entwicklung der menschlichen Gesundheit ist zu einem gesellschaftlichen Megathema geworden. Die Kluft zwischen medizinischen Fortschrittsankündigungen und Geldaufwendungen und der prekären gesundheitlichen Entwicklung des Alltags vieler Menschen erscheint unüberbrückbar.

Es wird Zeit, dass die *Politik auf der Ebene von Bund, Ländern und Gemeinden* ihre politische Verantwortung für eine *vorauschauende Daseinsvorsorge* wahrnimmt und die strukturellen Voraussetzungen für eine *nachhaltige öffentliche Gesundheitsförderung* in Deutschland realisiert.

2. Die *Stärkung der Selbstverantwortung der Menschen* für eine gesündere Lebensweise hat *substanzielle Voraussetzungen* im Bereich der öffentlichen Bildung, der Familien- und Sozialpolitik, der Arbeits- und Wirtschaftspolitik, der Infrastrukturpolitik und in den sozialen und politischen Teilhabemöglichkeiten. *Gesundheitsförderung ist daher eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe*, die durch eine verantwortungsbewusste Gesundheitspolitik zu koordinieren ist.

Die in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung skizzierten Handlungs-

bereiche sind weiterhin von zentraler Bedeutung für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik.

3. Die im Jahr 2000 eingegangene *Verpflichtung gegenüber der WHO*, auch in Deutschland einen *Nationalen Aktionsplan für Gesundheitsförderung* zu entwickeln, ist bisher nicht eingelöst worden.

Die Erstellung eines derartigen Planes nach dem Vorbild anderer Länder eröffnet im Zusammenhang mit den aktuellen Überlegungen zu einer Finanzierungsreform des Gesundheitswesens die Chance zu einer koordinierten und zielorientierten Politikgestaltung für eine nachhaltige Gesundheitsförderung auf der Ebene von Bund, Ländern und Gemeinden in einem europäischen Kontext.

4. Die *politische Konsensbildung* über die Zieldimensionen einer Politik nachhaltiger Gesundheitsförderung kann auf die positiven Erfahrungen von <http://www.gesundheitsziele.de> zurückgreifen. Sie sollte die relevanten zivilgesellschaftlichen Aktivitäten im Bereich der Selbsthilfe und des bürgerschaftlichen Engagements einbeziehen und *bürgerschaftliche Initiativen für eine nachhaltige Lebensgestaltung* systematisch berücksichtigen.

### Das gesundheitliche Engagement der Menschen im Alltagsleben ist eine zentrale gesellschaftliche Ressource

5. Bürgerschaftliches Engagement für eine gesündere Alltagsgestaltung ist in den letzten Jahren v. a. in den „*Set-tings*“ des Alltagslebens, in Kindertagesstätten, Schulen, Betrieben und Verwaltungen und auch in Einrichtungen des Gesundheitswesens wirksam geworden und hat inzwischen auch eine Unterstützung durch die Sozialversicherungen erfahren.

Dieser Weg sollte v. a. auch für nicht-betriebliche *Lebenswelten in sozial benachteiligten Stadtteilen* ausgebaut werden.

Die *Empfehlungen der Enquetekommission des Bundestages zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements* sollten für eine Politik nachhaltiger Gesundheitsförderung durch eine *konzertierte Aktion von Bund, Ländern und Gemeinden* wirksam gemacht werden.

Ein mit sinnstiftender Tätigkeit verbundenes *gesellschaftliches Engagement* ist eine wesentliche *soziopsychische Gesundheitsressource* in einer Zeit, in der bereits >50% der Bevölkerung keinen Zugang zu betrieblichen Arbeitsverhältnissen mehr haben.

<http://www.sgw.hs-magdeburg.de/sommerakademie>,  
<http://www.sgw.hs-magdeburg.de>

Gesundheit entsteht und vergeht im Alltag der Menschen in Familien, Nachbarschaften, Betrieben und Stadtteilen.

6. Die Entstehungsbedingungen der aktuellen „Zivilisationskrankheiten“, deren kurative Behandlung gegenwärtig etwa zwei Drittel der GKV-Aufwendungen beansprucht, sind fest in *morbiditätsfördernden Konsum- und Lebensmustern des Alltagslebens* verwurzelt und auch nur dort mit Aussicht auf nachhaltige Wirkungen zu verändern. Das Alltagsleben in Familien, Nachbarschaften, Betrieben, Quartieren und Stadtteilen ist daher von ausschlaggebender Bedeutung für die *Entwicklung einer gesundheitsfördernden Alltagskultur*.

Der kommunale Lebens- und Handlungsraum ist daher der primäre Ansatzpunkt für eine nachhaltige Gesundheitsförderung.

### **Die Gesundheitsinvestitionen müssen in den Kommunen wirksam werden**

7. Die *Städte und Gemeinden* müssen subsidiär darin gestärkt werden, die kommunale Selbstverwaltung neu zu beleben, eine zukunfts- und zielorientierte Organisations- und Kommunalentwicklung zu initiieren und *Masterpläne für eine nachhaltige, gesundheitsfördernde Stadtentwicklung* auf der Grundlage des Gesundheitsförderungszyklus (kooperative Problemanalyse und Zielentwicklung, gemeinschaftliche Strategie- und Umsetzungsprozesse, öffentliche Evaluation und Bewertung) zu initiieren.

8. Ein derartiger Prozess der *Neu-Erfindung eines kooperativen öffentlichen Gesundheitsdienstes für das 21. Jahrhundert* und der Kompetenz- und Strukturentwicklung für das Management lokaler Kooperationsprozesse der Gesundheitsförderung zentriert sich auf die Einrichtung von *Planungs- und Koordinationsstellen für kooperative Gesundheitsförderung* und die Bildung von *lokalen Fonds für gesundheitsfördernde Gemeinschaftsvorhaben*, an dem sich auch die Sozial-

versicherungsträger maßgeblich beteiligen. Der Aufbau derartiger Planungs- und Koordinationsstellen in den Kommunen und deren fachliche und strukturbildende Unterstützung („capacity building“) durch Landes- und Bundesbehörden soll durch ein *Bund-Länder-Programm für die Dauer von 5 Jahren* finanziert werden.

An den Maßnahmeplanungen und -finanzierungen für kommunale Gesundheitsförderungsprogramme sollen sich die Krankenkassen und Sozialversicherungen mit ihrem Wissen (z. B. Daten zur Krankheitsentwicklung in einer Kommune) und mit Finanzmitteln (bis zu 50% des kommunalen Anteils) beteiligen.

### **Die Bundesländer haben eine subsidäre regionale Verantwortung**

9. Auf der Ebene der Bundesländer sollen *Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung* die regionalen Ziel- und Maßnahmeplanungen koordinieren, durch die Veröffentlichung vergleichender jährlicher Gesundheitsberichte Benchmarking-Prozesse fördern, regionale Praxisnetzwerke der Gesundheitsförderung initiieren und unterstützen und die kommunale Praxis durch Servicefunktionen im Bereich der Datenerhebung, der Programmplanungen und der Fort- und Weiterbildung wirksamer gestalten. In den Haushalten der Gesundheitsministerien der Länder sind entsprechende Zuständigkeiten und Haushaltsmittel auszuweisen.

### **Die Bundesregierung hat eine koordinierende Rahmenverantwortung für eine wirksame intersektorale Politik und nationale und internationale Zusammenarbeit**

10. Auf der Ebene des Bundes ist die politische Koordinationsverantwortung des Bundesministeriums für Gesundheit zu stärken.

Es wird vorgeschlagen, die koordinierende Funktion auf der Ebene des Bundes einer gemeinsamen Geschäftsstelle der

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des Umweltbundesamtes zur gemeinsamen Wahrnehmung zu übertragen und die relevanten Behörden anderer Ministerien bei der Erarbeitung und Umsetzung eines Nationalen Aktionsplans für Gesundheitsförderung auf der Ebene des Bundes und der Länder, konsultativ zu beteiligen.

Aufgabe dieser *Koordinierungsstelle des Bundes* ist es, die nationalen Programme und Daten für internationale Benchmarking-Prozesse (offene Koordinierung der EU) systematisch aufzubereiten, zur Verbreitung von „guter Praxis“ durch die Veröffentlichung von Handlungsvorschlägen, Programmbeispielen, wissenschaftlichen Studien und Arbeitshilfen für die Gesundheitsförderungspraxis vor Ort beizutragen, nationale Praxisnetzwerke der Gesundheitsförderung zu unterstützen sowie den internationalen Informations- und Erfahrungsaustausch und Projektkooperationen zu fördern.

### **Professionalisierung und wissenschaftliche Unterstützung der Gesundheitsförderung**

11. Durch ein *professionalisiertes Planungs- und Koordinierungsmanagement* für kooperative Gesundheitsförderungsprogramme auf der Ebene von Kommunen, Ländern und Bund wird ein zivilgesellschaftliches Engagement im Bereich öffentlicher Gesundheitsförderung maßgeblich befördert und fachlich unterstützt.

Das riesige Potential bürgerschaftlichen Engagements für die Gestaltung nachhaltiger, gesundheitsfördernder Lebensbedingungen kann auf diesem Weg in den Kommunen erschlossen und wirkungsvoll koordiniert werden. Zielperspektive ist die *Entwicklung nachhaltig gesundheitsfördernder Lebensbedingungen* mit und durch die Bürgerinnen und Bürger im kommunalen Alltag.

Im Bereich von Wissenschaft und Forschung und der Aus-, Fort- und Weiterbildung sind entsprechende Qualifikationen und Programme auf der Ebene der Länder und des Bundes zu fördern.

### Fondsbildungen unterstützen Gemeinschaftsverantwortung

12. Die *Finanzierung der Gesundheitsförderungsfonds* auf der Ebene der Kommunen kann durch die Nutzung der Abgaben auf gesundheitsgefährdende Waren und Produkte (z. B. *Tabak- und Alkoholsteuer*) substanziiell gesteigert werden.

Nach dem Muster des österreichischen Gesundheitsförderungsgesetzes von 1999 kann der Bundestag durch ein entsprechendes Gesetz *Steuermittel* für den Aufbau und die Tätigkeit von Planungs- und Koordinierungsstellen für eine gesundheitsfördernde kommunale Daseinsvorsorge über einen Bundesfonds verfügbar machen. Gleichzeitig kann durch eine kontinuierliche Erhöhung der Abgaben auf gesundheitsschädigende Waren und Produkte nach dem Muster der Ökosteuer ein gesundheitspolitisch wünschenswerter präventiver Verknappungsprozess der Verfügbarkeit speziell für Jugendliche und ein unmittelbarer Gesundheitsgewinn in zentralen Gefährdungsbereichen der Suchtentwicklung erreicht werden.

### Der Bildungsbereich kann ein Motor gesundheitsfördernder Entwicklung sein

13. Bei der *Vermittlung einer gesundheitsförderlichen Lebenskompetenz* kommt dem öffentlichen Bildungs-, Medien- und Kulturbereich eine zentrale Bedeutung zu. *Die Kultusministerien haben in diesem Bereich eine unmittelbare Verantwortung*, die in Deutschland bisher kaum wahrgenommen wird.

Ein *Lernbereich „Gesundheitsbildung“* in allen Schulstufen mit einer altersgerechten Thematisierung gesundheitsfördernder Entwicklungsprozesse und Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen kann im Zusammenhang mit dem WHO-Programm *„Gesundheitsfördernde Schulen“* nach den Erfahrungen in anderen Ländern Wesentliches zur psychophysischen Stabilisierung Heranwachsender und einer menschenfreundlichen Schulkultur beitragen.

Öffentliche Schulen sollen eine Vorbildfunktion für eine gesundheitsfördernde Arbeits- und Lebensgestaltung übernehmen.

Eine Weiterentwicklung der *Medizinischen Fakultäten zu interdisziplinären Zentren der Gesundheitswissenschaften*, die Übertragung des Bologna-Prozesses auch auf das Medizinstudium und ein *Ausbau gesundheitswissenschaftlicher Forschung und Lehre* an den Hochschulen sind wesentliche Impulsgeber für eine gesundheitsfördernde Forschung und Entwicklung in Deutschland.

Neue Prioritätensetzungen in den öffentlichen Haushalten und in der GKV sind dafür notwendig.

14. Eine Fokussierung der öffentlichen Gesundheitspolitik auf eine Politik nachhaltiger Gesundheitsförderung wird zur *Prüfung tradierter Ausgabenbereiche im Bereich der GKV und der öffentlichen Haushalte* führen müssen.

Es ist nicht mehr öffentlich vermittelbar, warum die Ausgaben für die Primärprävention von Erkrankungen weniger als ein Tausendstel der Gesamtausgaben der GKV ausmachen und es ist auch nicht mehr politisch vermittelbar, warum für die Finanzierung von kommerziellen Pharmavertretern aus Mitteln der GKV mehr Geld zur Verfügung gestellt wird als Bund, Länder und Kommunen für die öffentliche Gesundheitsförderung verfügbar machen.

**> Bei den aktuellen Beratungen auf der Ebene des Bundes zu neuen gesetzlichen Grundlagen für die Gestaltung und Finanzierung des Gesundheitswesens in Deutschland geht es daher auch um die politische Glaubwürdigkeit öffentlicher Gesundheitspolitik.**

Die skizzierten Vorschläge sind das Ergebnis langjähriger Erörterungen über angemessene Strukturbildungen für eine Politik nachhaltiger Gesundheitsförderung auf der Grundlage der Ottawa-Charta und der Vorschläge der WHO zu einer zukunftsfähigen Gesundheitspolitik.

Im Rahmen der „SommerAkademie 2006“ in Magdeburg wurden sie in ver-

schiedenen Praxis- und Anwendungszusammenhängen erörtert.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Beratungen sind überzeugt, dass es sich lohnt, sich für diese Ziele politisch zu engagieren und sie bieten den politisch Verantwortlichen auf der Ebene von Bund, Ländern und Gemeinden ihre Unterstützung bei der Umsetzung an.