

Berlin, 22. November 2011

**Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit des 17. Deutschen
Bundestages zur Prävention und Gesundheits-
förderung am 30. November 2011 von 14.30 bis
16.30 Uhr**

1. Seit der Wieder-Etablierung von Public Health in Deutschland zu Beginn der 90er Jahre hat sich eine auch im europäischen Vergleich vorzeigbare Wissenschaft, Praxis und Kultur der nicht-medizinischen Primärprävention und Gesundheitsförderung herausgebildet.

- Fokussierung auf die – epidemiologisch, politisch und ökonomisch – große Herausforderung: **Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen**, v. a. durch nicht-medizinische, überwiegend unspezifische Prävention und Gesundheitsförderung zur Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeiten der das Krankheits- und Sterbe geschehen **dominierenden chronisch-degenerativen Erkrankungen** bzw. zur Verzögerung ihrer Manifestation (compression of morbidity)
- **Wissenschaftliche Basis** (soziale Determinanten von Gesundheit, Ressourcenorientierung, Gender, Lebensweltbezug), **Konzepte** (v.a. verhältnisgestützte Verhaltensmodifikation durch partizipative Organisationsentwicklung in Lebenswelten: Betriebe, Schule, Quartier, Alteinrichtungen, also in settings) **Qualitätsentwicklung** und –sicherung (Methodenvielfalt)
- Involvierung verschiedener **Akteure** (Unternehmen, Gemeinden, NGO's, Bundes- und Landesprogramme, Kommunen) und **Szenen** (z.B. Projekt-

Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung gGmbH
Reichpietschufer 50
10785 Berlin
Telefon +49 (30) 25491-0
Telefax +49 (30) 25491-684
wzb@wzb.eu
www.wzb.eu

Geschäftsführung
Prof. Jutta Allmendinger Ph.D.
Heinrich Baßler
Sitz der Gesellschaft Berlin
Amtsgericht Charlottenburg
HRB 4303
Mitglied der Leibniz-
Gemeinschaft
Commerzbank Berlin
BLZ 100 400 00
Kto. 507 914 000
IBAN-Nr.
DE07100400000507914000
Swift-Code COBADEFF
USt-Ident-Nr. DE136782674

verbund gesundheitliche Chancengleichheit mit mehr als 50 überwiegend verbandlichen und staatlichen Akteuren, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, Landesvereinigungen für Gesundheit, Deutsche Gesellschaft für Public Health, Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention etc.)

➤ **Öffentlich geförderte Programme und Projekte**

Hohe Motivation und gute Vernetzung der Akteure, im internationalen Vergleich erschütternd geringe Institutionalisierung (vor allem auch der Forschung), und natürlich: kein Machtfaktor wie die Medizin

Der SVR Gesundheit hat diese Entwicklung vor allem in seinen Gutachten 2001, 2005, 2007 und 2009 unter gesundheitswissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Gesichtspunkten sowie im Lichte internationaler Erfahrungen kritisch beleuchtet und begleitet.

2. Wichtigste **Schwachstellen**

- Zielgruppenorientierung: in der Praxis erweist sich der Bezug auf sozial bedingte Ungleichheit häufig als Etikettenschwindel
- Zielorientierung: es gibt auf Bundesebene keine verbindlichen, auf Länderebene unterschiedliche Gesundheitsziele. Insgesamt fehlt damit eine Orientierung, die Synergien freisetzen könnte
- Strukturbezug: die meisten ‚setting‘-Projekte erweisen sich bei näherem Hinsehen immer noch als ‚Prävention im Setting‘, während das Erfordernis der partizipativen und gemeinsamen Veränderung der Lebenswelt /des Settings durch die Intervention immer noch die Ausnahme ist.
- Laufzeiten: Die große Mehrzahl der Interventionen sind Modellprojekte mit weniger als 18 Monaten Laufzeit („Projektitis“): In diesen Zeiträumen sind keine nachhaltigen Erfolge, weder für die Gesundheit noch für Strukturbildung zu erzielen. Auch die Potenziale der Qualitätssicherung können sich auf diese Weise nicht entwickeln und entfalten. Dadurch wird Prävention auch öffentlich beständig unterhalb ihrer tatsächlichen Potenziale wahrgenommen.
- Qualitätssicherung: immer noch die Mehrheit der öffentlich finanzierten Projekte/Interventionen läuft ohne ernst zu nehmende Evaluation und Qualitätssicherung; es gibt auch viel bloß bürokratische Qualitätssicherung, die inhaltlich nichts bringt und die AkteurInnen demotiviert.

- Und natürlich: insgesamt zu wenig. Größter Akteur ist die GKV (was nicht logisch ist, sondern sich einem historischen Zufall verdankt und nicht ewig so bleiben kann) mit ca. 350 Mio. Euro pro Jahr (weniger als 2 Promille der Ausgaben), davon gehen – aufgrund der Fehlanreize im GKV-Wettbewerb – immer noch mehr als 80% in die gesundheitlich wenig, dafür aber werblich ziemlich wirksame Verhaltensprävention (10% für betriebliche Gesundheitsförderung, allerdings mit vielen rein verhaltensbezogenen Programmen sowie ca. 8% in ‚nicht betriebliche settings‘, v.a. KiTas, Schulen etc.)
- Und natürlich: kein verbindlicher Gesamtrahmen zur Überwindung dieser Schwachstellen (Präventionsgesetz)

3. Die laufende Legislaturperiode ist von präventionspolitischer Ereignislosigkeit geprägt.

Die im Jahre 2009 von allen gesundheitspolitischen Experten-Gremien der Bundesregierung (RKI, SVR, 13. KJB, BZgA) entwickelten und ziemlich einmütigen Empfehlungen zur dringend notwendigen Prävention und Gesundheitsförderung für die ca. 20 % der Kinder und Jugendlichen in den unteren, gesundheitlich riskanten Soziallagen (Familienhebammen, Elementar-erziehung, Frühe Hilfen, Reformen der Jugendverwaltung, KiTa-Besuch, KiTa-Gestaltung, Quartiersmanagement, partizipative Schulgestaltung, außerschulische Angebote, Minderung der Versorgungs- und der Geld-Armut) wurden als Bündel nicht diskutiert oder gar aufgegriffen, sondern allenfalls punktuell zögerlich und isoliert angegangen. Im Wesentlichen aber beschwiegen – oder de facto ins Lächerliche gezogen (BMG Rösler: Vorschlag einer besseren Kinderärzte-Vergütung für ‚sprechende Medizin‘, d.h. Erweiterung des Leistungskataloges der GKV um eine nicht evidenzbasierte Leistung) oder geradezu in ihr Gegenteil verkehrt: Nicht-investive Mittel des Bundes im Programm ‚Soziale Stadt‘ (dabei geht es um die Mittel um Quartiersmanagement an sozialen Brennpunkten) um mehr als 60% gekürzt.

Eine Präventionskommission, eine Präventionsstrategie, eine Novellierung des § 20 SGB V, entschiedene Förderung der betrieblichen Gesundheitsförderung – all dies wird seit knapp zwei Jahren angekündigt und angekündigt und angekündigt

4. Die Zeit ist reif für Bundesgesetz zur nicht-medizinischen Prävention und Gesundheitsförderung (die medizinischen Leistungen der Primärprävention (Impfung) und

der Sekundärprävention (Früherkennung, Screening) sind bereits im SGB V, die der Tertiärprävention zum Teil im SGB V (§ 43) und ansonsten im SGB IX geregelt).

- Anerkennung und Legitimation der nicht-medizinischen Prävention und Gesundheitsförderung als eigenständiger Interventionstyp wie Medizin, Pflege, Rehabilitation
- Regelungsbereich: gesamte öffentlich geförderte Prävention
- Generalorientierung auf Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen
- Orientierung an ‚echten‘ Gesundheitszielen
- Sicherung des Ausbaus des Interventionstyps ‚Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings
- Sicherung der Qualitätsentwicklung (BZgA)
- Sicherung eines beständigen Ressourcenflusses

Die dazu vorliegenden Anträge der Fraktionen der SPD, Die LINKE sowie BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sind in ihrer Substanz kompatibel. Angesichts des deutschen Föderalismus dürfte die organisatorische Lösung einer **Stiftung mit angeschlossenem ‚Bundesinstitut für Prävention und Gesundheitsförderung‘** die aussichtsreichste Konstruktion sein.