

### **Schriftliche Stellungnahme**

## **Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.**

**im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zu „Prävention und Gesundheitsförderung“ am Mittwoch, dem 30. November 2011 (Drucksachen 17/5384, SPD; 17/5529, Bündnis 90/Die Grünen und 17/6304, Die Linke)**

### **Vorbemerkung**

Ein höherer Stellenwert von Gesundheit und Gesundheitsförderung in Deutschland ist grundsätzlich notwendig. Verschiedene westeuropäische Länder, insbesondere die skandinavischen Staaten, die Niederlande und Großbritannien haben gezeigt, dass die Verankerung von mehr Gesundheit in verschiedenen Politikbereichen erfolgreich sein kann und sich nicht auf symbolische Maßnahmen im Bereich von Einzelprogrammen oder ineffektiven Materialproduktionen beschränken darf. Deshalb ist eine intensive Auseinandersetzung über einen höheren Stellenwert von Gesundheitsförderung in Deutschland, wie er in den Drucksachen 17/5384, SPD; 17/5529, Bündnis 90/Die Grünen und 17/6304, Die Linke zum Ausdruck gebracht wird, nachdrücklich zu begrüßen.

Gesundheitsförderung taucht in den aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen allerdings zumeist nur gemeinsam mit dem Begriff der Prävention auf. Der permanente Gebrauch der Wortmarke „Prävention und Gesundheitsförderung“ lässt befürchten, dass eine differenzierende Auseinandersetzung mit den zu Grunde liegenden Inhalten beider Konzepte nicht mehr stattfindet. Gesundheitsförderung ist nicht eine andere Facette der Prävention oder gar mit ihr identisch, sondern impliziert einen radikalen Perspektivenwechsel, der nicht die Krankheiten in den Blick nimmt, sondern die Determinanten für Gesundheit und Wohlbefinden. Gesundheitsförderung definiert sich durch das Zusammenführen von zwei strategischen Ansätzen: der Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz verbunden mit einer systematischen Politik, die auf die Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten und den Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit abzielt. Die strategischen Schlüsselpunkte sind

- die salutogenetische Perspektive, d.h. der Blick darauf, was den Menschen gesund erhält ,
- Empowerment, d.h. die Stärkung von Kompetenzen und Selbstbestimmungsrechten aller Menschen über die eigene Gesundheit und
- Intersektoralität, d.h. die Einbindung von Gesundheit als Handlungsziel in einer Vielzahl von Politik

Das entscheidende Kriterium für erfolgreiche Gesundheitsförderungs- und auch für gelingende Präventionsansätze ist eine frühzeitige Beteiligung der anvisierten Zielgruppen. Ein frühzeitiger Einbezug der Zielgruppen schon bei der Problemdefinition vermeidet, automatisch „schwer erreichbare Zielgruppen“ allein über die Anlage von Programmen „herzustellen“. Je frühzeitiger die Zielgruppen an der Problemdefinition und Programmgestaltung partizipieren, desto niedriger sind die Schwellen der Inanspruchnahme und Veränderung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen. Der Großteil der existierenden Programme, insbesondere gesetzlichen Krankenversicherungen ist mittelschichtorientiert und erreicht nur Menschen mit einem höheren Bildungsniveau und einem höherem Gesundheitsbewusstsein als der Bevölkerungsdurchschnitt.

## Empfehlungen:

### 1. Transparenz über die vorhandenen Investitionen, Programme und Medien herstellen

Die Präventions- und Gesundheitsförderungslandschaft in Deutschland ist heterogen und zersplittert. Sie erweist sich auf den unterschiedlichen staatlichen Ebenen als unverbunden nebeneinander organisiert und wird getragen vor Ort durch zum Teil konkurrierende Anbieter (z.B. von gesetzlichen Krankenkassen oder Einrichtungen der Wohlfahrtspflege). Die wichtigsten Handlungsfelder sind:

- Frühe Hilfen
- Kriminalprävention, Gewaltprävention, Suchtprävention
- Gesundheitsbezogene Prävention in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung
- Andere krankheitsspezifische Prävention (z.B. Impfungen, Jodmangel, Krebsfrüherkennung etc.)
- Unfallprävention (am Arbeitsplatz, in Verkehr und Freizeit)
- Sexuaufklärung bzw. Prävention sexuell übertragbaren Erkrankungen (Aids, Hepatitis u.a.) und Prävention von frühen Schwangerschaften
- Suizidprävention und Prävention psychischer Erkrankungen
- Gesundheitsförderung in Settings (z.B. Kindertagesstätten, Schulen, Kommunen oder Betriebe).

Die Zersplitterung der Landschaft und das unkoordinierte Vorgehen der Akteure macht bestimmte Settings, insbesondere Kindertagesstätten und Schulen eher präventionsmüde als dass es sie für mehr Engagement in diesen Feldern motiviert. Eine Bestandsaufnahme von präventiven Programmen in allen Geschäftsfeldern der Bundesregierung, der Landesregierungen und Kommunen ist unbedingt notwendig, ehe neue Aktivitäten gestartet werden sollten. Neue Aktivitäten und Förderrichtlinien sollten Zusammenarbeitslinien und Kooperationsmöglichkeiten mit vorhandenen Aktivitäten aufzeigen, statt die Präventionswelt immer wieder neu zu erfinden.

Ob eine neue Einrichtung auf Bundesebene („Präventionsstiftung“) wirklich notwendig ist sollte auf Basis der Bestandsaufnahme entschieden werden. Sinnvoller wäre nicht die xte Institution in diesem Feld, sondern die Weiterentwicklung und Zusammenführung vorhandener Institutionen.

### 2. Integrierte Handlungskonzepte der Bundesregierung entwickeln statt Einzelaktivitäten einzelner Ministerien fortsetzen

Eine zwischen den relevanten Bundesministerien (BMG, BMAS, BMFSFJ, BMELV, BMBF, und BMU) abgestimmte Präventionsstrategie fehlt nach wie vor. Lediglich punktuell und themengebunden, z.B. im Rahmen des Nationalen Aktionsplans in Form von Abstimmungen erfolgt. Aber eine Abstimmung von Handlungsschwerpunkten, Förderaktivitäten und eine Koordination der Präventionsaktivitäten der nachgeordneten Behörden (z.B. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Robert-Koch-Institut, Deutsches Jugend Institut, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Bundesanstalt für Arbeit, Max-Rubner-Institut, Umweltbundesamt etc.) fehlt.

### 3. Mehr finanzielle Ressourcen für die systembezogene Arbeit statt Überbewertung von (alten und neuen) Medien und Materialien

Die vorhandenen finanziellen Mittel werden vorrangig in Medien und Materialien investiert.

Die Wirksamkeit dieses einfachen Interventionsansatzes („Mehr Wissen verändert das Gesundheitsverhalten“) ist nicht belegt. Die Produktion von Broschüren, Plakaten, Filmen und Computerspielen entspricht eher der Logik der Anbieter als den Bedarfen der Zielgruppen. Für die wesentlichen Präventionsthemen werden zudem von unterschiedlichen Anbietern konkurrierende Materialien erstellt. Hier besteht Bedarf an einer nationalen Clearingstelle für effektives Präventionsmaterial und einer Übersicht über die vorhandenen Angebote. Dies würde auch den Markt für immer neue (läppische und unwirksame) Ideen von irgendwelchen Agenturen austrocknen, die die Medien zwar trendgemäßer gestalten, aber nicht effektiver. Auch der aktuelle Boom aller Präventionsanbieter irgendwie in den sozialen Medien (Facebook, Twitter etc.) präsent zu sein, schafft nur neue Akquisemöglichkeiten für Kommunikationsagenturen ohne eine einzige gesundheitsbezogene Verhaltensweise nachweislich zu verändern.

Die Bedarfe der Zielgruppen und die Veränderungspotenziale können nur mit den Zielgruppen gemeinsam ausgelotet werden. Deshalb sollten mehr Investitionen in die Settings erfolgen und kassenartenübergreifend organisiert werden durch eine Festschreibung eines Mindestbetrages für Settinginterventionen in § 20, SBG V statt weiterer Investitionen in Individualprävention für besser gestellte Bevölkerungsgruppen zuzulassen, die diese Gesundheitsleistungen auch anderweitig für sich organisieren könnten. Der Vorschlag einer Kontingentierung des Betrages auf mindestens 50 Prozent der verausgabten Mittel zeichnet die Zielrichtung vor.

Der Kassenwettbewerb im Bereich der Kindertagesstätten und Schulen sollte vollständig unterbleiben, da die Konkurrenz der gesetzlichen Krankenkassen hier einerseits zu vermeidbaren Parallelinvestitionen führt und andererseits die relevanten Gruppen in den Bildungseinrichtungen angesichts der Unübersichtlichkeit überfordert. Allein die Investitionen, für die ganzen „Gesundheits“-Koffer und Ordner, welche für die Bildungseinrichtungen produziert wurden, wären deutlich effektiver investiert in abgestimmte Programme und Settingarbeit. Das Nebeneinander von monothematischen Präventionsaktivitäten einzelner Kassen in KiTas und Schulen sollte durch integrierte Ansätze und gemeinsame Modellversuche ersetzt werden, die beispielsweise die Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels „gesund aufwachsen“ durch Investitionen flankieren. Der einzige kassenartenübergreifende Modellversuch für Gesundheitsförderung in Schulen („gesund leben lernen“, seit 2002) liegt fünf Jahre zurück, wurde lediglich in drei Bundesländern umgesetzt und mit nur insgesamt 800.000,- Euro gefördert. Trotz Erfolgen bei der Implementierung von Gesundheitsmanagementansätzen für den Schulbereich wurde er kassenübergreifend weder fortgesetzt noch auf andere Bundesländer übertragen.

#### **4. Koordination der unterschiedlichen staatlichen Ebenen verbessern**

Nicht nur zwischen den einzelnen Ressorts der Bundesregierung ist eine bessere Abstimmung notwendig, um einen neuen Stellenwert für Gesundheitsförderung herzustellen, sondern auch die Abstimmung der verschiedenen staatlichen Ebenen (Bund, Länder und Kommunen) muss verbessert werden. In der Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele „gesund aufwachsen“ (in der aktualisierten Version von 2010) und „gesund älter werden“ (wird Ende 2011 abgeschlossen sein) könnte diese bessere Verzahnung erprobt werden. Bei der Erarbeitung der Gesundheitsziele waren die unterschiedlichen staatlichen Ebenen beteiligt. Für das Gesundheitsziel „gesund aufwachsen“ liegen bereits einstimmige und zustimmende Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz (2010) und Jugendministerkonferenz (2010) vor. Zudem sollten Präventionsketten kommunal und zwischen den verschiedenen staatlichen Ebenen organisiert werden.

Gesundheitsförderung sollte als Querschnittsthema in anderen Politikbereichen eine größere Rolle spielen, z.B. in der Städtebauförderung, in der Sportförderung oder im Bildungsbereich (in letzterem beispielsweise durch Umsetzung der Empfehlungen des 13. Kinder- und Jugendberichtes von 2009).

Darüber hinaus sollten gesundheitsbezogene Kompetenzen und Gesundheitsförderungsstrategien in den Ausbildungscurricula für Gesundheits-, Sozial- und Bildungsberufe nachhaltig verankert werden. Hier werden die Grundlagen für die Handlungskompetenzen in den späteren Berufsfeldern gelegt.

Dem holländischen Modell folgend sollte eine kostenneutrale Verpflichtung zur Kooperation in den Zuwendungsrichtlinien unterschiedlicher Sektoren für die Förderung von Präventionsansätzen gesetzlich verankert werden. Neue Anträge müssten zunächst eine Feldanalyse vorlegen sowie die Kooperationsmöglichkeiten ausloten und nachweisen.

### **5. Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung ausbauen – Verbindliche Qualitätskriterien entwickeln**

Die Präventionsforschung in Deutschland wird im Vergleich zu anderen medizinorientierten Gesundheitsforschungsförderstrategien bislang nur marginal gefördert. In vier Förderschwerpunkten des BMBF wurden seit 2006 insgesamt in vier Präventionsforschungsausschreibungen nur 20 Millionen Euro in insgesamt 60 Forschungsprojekte investiert. Hier muss mehr und zielgerichteter, insbesondere die in Salutogenese- und Wirksamkeitsforschung, investiert werden.

Insbesondere fehlen hier die in allen Anträgen geforderten konsentierten Qualitätskriterien für eine kultursensible und geschlechtersensible Gesundheitsförderung und Prävention, die auf Basis der Erkenntnisse der Gesundheitsberichterstattung und -forschung entwickelt werden sollten. Dabei ist die Übernahme von Qualitätskriterien aus dem Medizinsektor insbesondere für komplexe Interventionen in gesundheitsfördernde Settings kaum weiterführend. Die Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ Good-Practice-Kriterien werden diesen Interventionen eher gerecht und sollten weiterentwickelt werden. Gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland verbessern und die Gesundheit von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen stärken - das sind die Leitziele des bundesweiten Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Dem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiierten und unterstützten Verbund gehören mittlerweile 55 Organisationen an.

Die Einrichtung eines Nationalen Kompetenzzentrums für Gesundheitsförderung und Prävention könnte einen Überblick über effektive Handlungsansätze gewährleisten und weitere Forschungsbedarfe benennen und vorantreiben.

### **6. Verhältnispräventive Maßnahmen z.B. im Bereich Alkohol und Ernährung stärker fokussieren, statt einseitig auf Verhaltensprävention zu setzen**

Die Behandlung von Gesundheitsrisiken durch den Staat lässt sich durch folgende Stufenleiter systematisieren, wobei hier nur das engere Feld der Gesundheitspolitik selbst beispielhaft betrachtet wird und nicht auch die mittelbaren Handlungsmöglichkeiten, z.B. in der Umwelt- oder Verkehrspolitik :

Laissez faire	vollständige Privatheit von Gesundheitsrisiken, Nichtbeachtung durch staatliche Stellen (z.B. Reisen)
Beobachtung	Berichte, wissenschaftliche Studien, zuständige nachgeordnete Behörden (z.B. Armuts- und Reichtumsberichterstattung, Sachverständigengutachten im Gesundheitswesen, nationale Gesundheitsberichterstattung, Alten- und Jugendberichte der Bundesregierung)
Freiwillige Leistungen	marginale Förderung freier Träger oder von kommunalen Angeboten, minimale Kampagnen, die vor allem auf mediale Informationsvermittlung setzen (z.B. Alkoholprävention, Sexualaufklärung, „Bündnisse für Familien“, kommunale Präventionsräte oder Verkehrserziehung)
Selbstverpflichtungen	der staatlichen Stellen selbst, insbesondere auf Bundesebene in Form nationaler Aktionspläne (z.B. „Nationaler Aktionsplan Diabetes“ oder „in form – Nationaler Aktionsplan Bewegung und Ernährung“, Aktionsplan Allergien, Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit), aber auch auf Bundeslandebene (z.B. Gesundheitsziele der Länder, Gesundheitsinitiative Bayern aktiv)  oder gemeinsam mit der Industrie (z.B. freiwillige Werbeeinschränkungen der Tabakindustrie im Umfeld von 150 m von Haupteingängen von Schulen)
Anreizsysteme (gesetzliche Regelungen 1)	z.B. über die Besteuerung von Produkten (z.B. Tabak oder Alkopops) oder über Bonus/Malusprogramme innerhalb der Sozialversicherungen (z.B. regelmäßige Kontrolluntersuchungen der Zähne als Anspruchsvoraussetzung für maximale Erstattung von Zahnersatzleistungen oder im Rahmen von Beitragsrückerstattungsleistungen für gesundheitsförderliches Verhalten)
Verbote (gesetzliche Regelungen 2)	Werbeverbote (z.B. für Tabak im Fernsehen), Nutzungseinschränkungen, Produktionsverbote oder Strafbarkeit von Besitz und Produktion (z.B. illegale Drogen)

Abb. Stufenleiter staatlicher Interventionsmöglichkeiten bei Gesundheitsrisiken (Altgeld, 2010)

Welche Stufe die Politik erreicht und welche Form von Verhältnis- und Verhaltensprävention damit als staatliche Aufgabe akzeptiert wird, hängt von der gesellschaftlichen Verankerung des jeweiligen Gesundheitsrisikos ab. Die (gesundheitlichen) Freiheiten des Einzelnen sind immer gesellschaftlich definiert. Allerdings erfolgt dieser gesellschaftliche Definitionsprozess unter massiver Einflussnahme von Lobbyisten, „Informationskampagnen“ der Wirtschaft und gezielte Medienarbeit mit Ergebnissen von industriefreundlicher Auftragsforschung. Deutschland ist bei der Umsetzung verhältnispräventiver Maßnahmen, angefangen von Werbeverböten für Zigaretten und Alkohol bis zu verständlichen und verbraucherfreundlichen Deklarationspflichten für gesundheitsschädliche Produkte, im europäischen Vergleich bislang eher zurückhaltend bis bremsend national und international aufgetreten. Die Erfolge im Bereich der Besteuerung von Tabakprodukten, den Werbeverböten und der Konsumeinschränkungen im öffentlichen Raum, könnten aber auf andere Bereiche

übertragen werden. Bei der Besteuerung von Alkoholika ist keine Systematik zu erkennen, eine progressive Besteuerung nach dem Alkoholanteil der einzelnen Produkte und Werbeverbote wären zumindest ein Schritt in die richtige Richtung.

**Kontakt:**

Thomas Altgeld,  
Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.  
Fenskeweg 2  
30165 Hannover  
Tel.: 05 11/3 88 11890  
Mobil: 0170/28 16765  
e-mail: [thomas.altgeld@gesundheit-nds.de](mailto:thomas.altgeld@gesundheit-nds.de)  
[www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de)