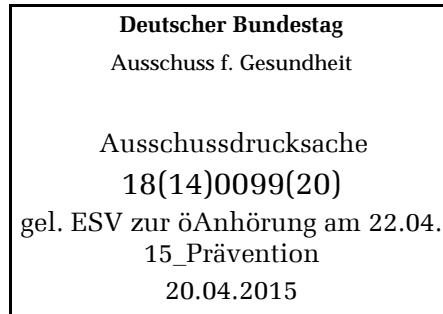


Prof. Dr. Beate Blättner  
Professur für Gesundheitsförderung

Hochschule Fulda  
Leipziger Straße 123  
36037 Fulda  
Beate.Blaettner@hs-fulda.de

19.04.2015



## **Stellungnahme als Einzelsachverständige zu den Vorlagen:**

- Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG), BT-Drucksache 18/4282
- Antrag der Fraktion DIE LINKE: Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten, BT-Drucksache 18/4322
- Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Gesundheit für alle ermöglichen - Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz, BT-Drucksache 18/4327

### **Anforderungen an ein Präventionsgesetz**

Die Weltkonferenzen zur Gesundheitsförderung beziehen sich seit der Ottawa-Charta von 1986 auf ein Verständnis von Gesundheitsförderung, das Lebensbedingungen wie Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit als grundlegende Bedingungen von Gesundheit ansieht. Der konzeptionellen Leitidee der Gesundheitsförderung liegt die empirisch begründete These zu Grunde, dass eine Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung nicht alleine durch medizinische Interventionen erreicht werden kann, sondern wesentlich durch Veränderungen von Lebensbedingungen.

Primäre Prävention (genauer: allgemeine Prävention) zielt zwar spezifischer auf die Vermeidung von häufigen Erkrankungen, sollte in der Praxis aber die Strategien und Maßnahmen der Gesundheitsförderung berücksichtigen, um nachhaltig wirksam zu sein. Primäre Prävention umfasst a) Maßnahmen zur Vermeidung oder Reduktion der Exposition mit einer Krankheitsursache (physikalische, chemische, mikrobiologische und psychische Noxen) und b)

Maßnahmen zur Reduktion der Vulnerabilität von Menschen gegenüber solchen Noxen bzw. Belastungen. Gesundheitsförderung befasst sich ergänzend mit Ressourcen.

Entsprechend einer sozial ungleichen Verteilung von Belastungen im sozialen und ökologischen Umfeld (Mehrfachbelastungen), verbunden mit einer sozial ungleichen Verteilung von Gestaltungsmöglichkeiten und damit Ressourcen sind Gesundheitschancen horizontal und vertikal in und zwischen Ländern sozial ungleich verteilt. Dabei tragen absolute wie relative Armut, aber auch die Wahrnehmung starker sozialer Differenzen zwischen Arm und Reich in einer Gesellschaft zu einer ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen bei.

Da es auf den Weltkonferenzen als Recht jedes Menschen, und im Übrigen als Voraussetzung für die Entwicklung eines Landes, angesehen wird, die bestmögliche Gesundheit zu erreichen, soll dieser ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen durch Veränderung von Lebensbedingungen entgegengewirkt werden. Dies kann erfolgen, indem die Bevölkerung dazu befähigt wird, mehr Einfluss auf die Determinanten zu nehmen, die ihre Gesundheitschancen verbessern, also z.B. auf Wohn-, Arbeits- und Lebensbedingungen. Die Teilhabe an sozial anerkannten Aktivitäten gilt dabei als eine zentrale Gesundheitsressource. Gesundheitsförderung bedient sich deswegen systematisch der Strategien von Partizipation und Empowerment.

Das im Juni 2013 verabschiedete Statement der Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung in Helsinki betont erneut die politische Verantwortung, Lebensbedingungen so zu verändern, dass sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen entgegengewirkt werden kann. Regierungen werden dazu aufgefordert, Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit Priorität im politischen Handeln einzuräumen. Wie bereits in Nairobi 2009 wird eindrücklich gefordert, die Implementierungslücke der Gesundheitsförderung zu schließen. Von einem Präventionsgesetz in Deutschland wäre entsprechend zu erwarten, dass es diese Ziele verfolgt und alle auf Bundesebene möglichen Schritte zur Umsetzung unternimmt.

### **Generelle Einschätzung des Gesetzentwurfes**

Deutlich stärker als in anderen europäischen Sozialversicherungsstaaten, wie den Niederlanden, Frankreich oder der Schweiz, wird in Deutschland Gesundheitsförderung und Prävention seit rund 25 Jahren politisch nahezu ausschließlich als Aufgabe des Sozialversicherungssystems betrachtet, insbesondere der gesetzlichen Krankenkassen. Die öffentliche Hand hat sich weitgehend aus der Verantwortung für die Gesundheitsförderung zurückgezogen. So sind entsprechende Aufgaben, die über den reinen Gesundheitsschutz hinausgehen, in den Landesgesetzen für den öffentlichen Gesundheitsdienst überwiegend nur sehr schwach formuliert.

Diese Entwicklung wird im Gesetzentwurf der Bundesregierung weiter unterstützt, und damit unterstrichen, dass die Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie den Sozialversicherungen überlassen werden soll und sich Sozialversicherungen wesentlich an der Finanzierung von Aufgaben einer nachgeordneten Behörde des Bundes beteiligen sollen. Gegenüber dem Status quo ist primär die Zusammenarbeit von Sozialversicherungen verbessert, mit Ausnahme der Arbeitslosenversicherung, und die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für entsprechende Leistungen werden erhöht. Inhaltlich wird klar gelegt, dass Leistungen der Krankenkassen primär in Lebenswelten erfolgen sollen. Ein Kernproblem des Gesetzentwurfes ist, dass nur Veränderungen vorgesehen sind, die in den bestehenden Strukturen der Sozialversicherung vom Gesundheitsressort gestaltet werden können.

Auch wenn insbesondere bei Krankenkassen und Unfallkassen inzwischen umfassend Kompetenzen in der Gesundheitsförderung entwickelt worden sind, stehen prinzipiell das Versichertenprinzip und die Anforderungen einer Gesundheitsförderung im Sinne der Weltkonferenzen im Widerspruch zu einander. Dies wird besonders deutlich, wenn Interventionen in Lebenswelten erfolgen sollen:

- a) In den Lebenswelten treffen Menschen mit unterschiedlichem Versichertenstatus in konkurrierenden Versicherungen zusammen, darunter auch nicht Versicherte. Die Orientierung am Versichertenprinzip lässt sich nicht aufrechterhalten, wenn die Beteiligten einer Lebenswelt gleichermaßen davon profitieren sollen. Spätestens dann, wenn gesundheitsfördernde Veränderungen der Lebenswelt erfolgen sollen und nicht nur Versicherten in der Lebenswelt Angebote zur Verhaltensänderung unterbreitet werden sollen, muss das Versichertenprinzip durchbrochen werden.
- b) An den gesetzlichen Versicherungen, insbesondere an der Krankenversicherung, ist nicht die gesamte Bevölkerung beteiligt. Insbesondere besser Verdienende haben die Möglichkeit, sich privat zu versichern. Private Versicherungen werden aber nur auf freiwilliger Basis an den Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung beteiligt. Gegenüber einer staatlichen Finanzierung sind bei einer Finanzierung über Sozialversicherungen damit besser Verdienende besser gestellt.
- c) Hauptaufgabe der sozialen Krankenversicherung ist die Finanzierung medizinischer und pflegerischer Versorgung. Gesundheitsförderung und Prävention erfolgen primär aber nicht im medizinischen Versorgungssystem, sondern im Alltag der Bevölkerung, d.h. in den Settings oder Lebenswelten, die primär über politisches Handeln auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie in Institutionen beeinflusst werden. Erst in der Sekundär- und Tertiärprävention sind stärker medizinische Interventionen sinnvoll.

Die daraus resultierenden Widersprüche und Regelungszwänge haben unter anderem zum mehrfachen Scheitern eines Präventionsgesetzes geführt. Der vorliegende Entwurf der Bundesregierung ist primär davon geprägt, ein erneutes Scheitern auszuschließen. Gegenüber

dem Entwurf der vergangenen Legislaturperiode sind einige Verbesserungen erfolgt, von der Umsetzung des weltweiten Konsenses zur Gesundheitsförderung ist der Entwurf weit entfernt. Notwendig wäre demgegenüber eine gesamtgesellschaftliche Anstrengung.

Im Konkreten besteht insbesondere an folgenden Punkten Nachbesserungsbedarf:

### **1. Gesundheitsförderung muss internationalem Konsens entsprechen**

Gesundheitsförderung wird seit der Erklärung von Jakarta (1997) weltweit als ein Prozess verstanden, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie durch die Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit zu verbessern (vgl. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, BzGA 2011).

Demgegenüber wird dies im Gesetzentwurf der Bundesregierung § 20 (1) als „Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten“ definiert. Ähnlich verweist die Ergänzung nach § 1 Satz 1 auf „die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten“. Mit diesen unzureichenden Begriffsdefinitionen wird der Eindruck erweckt, Ziel sei eine eigenverantwortliche Verbesserung des gesundheitsrelevanten Verhaltens der Versicherten. Demgegenüber ist aus der gesundheitswissenschaftlichen Forschung und der Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung hinreichend bekannt, dass Verhaltensänderungsprogramme nur dann eine hinreichende Aussicht auf Erfolg haben, wenn sie in eine umfassende, von den jeweils Betroffenen mitgestaltete Veränderungen von Verhältnissen (Lebens-, Arbeits- und Wohnbedingungen) in Richtung Gesundheit eingebunden sind. Selbst im klassischen Arbeitsschutz gilt, dass die Vermeidung der Entstehung von Gesundheitsgefahren Priorität gegenüber individuellen Verhaltensstrategien haben muss. Die Verantwortung für Gesundheitschancen liegt bei politisch handelnden Akteuren auf allen Ebenen, nicht bei den betroffenen Individuen. Diese Verantwortung schließt die Verantwortung für die Stärkung der Chancen auf aktive Mitbestimmung durch die Betroffenen ein.

Weitere Ausführungen im Gesetzentwurf lassen vermuten, der Begriff der „Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ (§ 20 (4)) bezeichne nicht den von der WHO geförderten Settings-Ansatz und nicht die Veränderung von Lebens-, Arbeits- oder Wohnbedingungen im Setting. Zwar ist im § 20a (1) beschrieben, dass unter Beteiligung der Versicherten Risiken und Potentiale erhoben und Verbesserungsvorschläge entwickelt werden sollen, aber es wird nicht hinreichend klar gestellt, dass sich die Analyse primär auf die Risiken und Potentiale der jeweiligen Lebenswelt und nicht die der Versicherten in der Lebenswelt beziehen muss. Die Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sollen nicht lediglich verhaltensbezogene Interventionen gerichtet sein, sondern primär auf strukturelle Veränderungen der gesundheitsrelevanten Lebens-, Entwicklungs-, Lern- und Arbeitsbedin-

gungen. Entsprechend ist auch von Gesundheitsförderung in Lebenswelten und nicht von einer gesundheitsfördernden Gestaltung der Lebenswelten die Rede.

Es ist somit naheliegend, dass nach Maßgabe des Gesetzes die Lebenswelt lediglich als Plattform benutzt werden soll, um Versicherte zu Gesundheitsverhalten zu motivieren. Ein solcher Ansatz wird seine Wirkung verfehlen. Der Gesetzentwurf muss entsprechend in seinen Begrifflichkeiten internationalen Standards angepasst werden.

## **2. Sozial bedingt ungleiche Gesundheitschancen müssen abgebaut werden**

§ 20 (1) des Gesetzentwurfes sieht vor, dass Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere zur Verminderung sozial bedingter [...] Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen. Es ist im Entwurf, wie im geltenden Gesetz, nicht geregelt, welche Sanktionen erfolgen, wenn dies nicht beachtet wird. Damit bleibt die Regelung weitgehend unverbindlich und setzt auf die freiwillige Einsicht der Verantwortlichen in den Sozialversicherungen.

Es fehlt zudem die Benennung konkreter Maßnahmen, wie die Gesundheitsförderung von sozial besonders benachteiligten Bevölkerungsgruppen gestaltet sein könnte. Das betrifft z.B. Langzeitarbeitslose, prekär Beschäftigte, Wohnungslose oder Flüchtlinge. Sie werden von den beschriebenen Lebenswelten nur unzureichend erfasst. Es wird zudem nicht geregelt, dass in der Auswahl der Lebenswelten, also der Betriebe, Wohngebiete oder Schulen, eine Priorisierung solcher Einrichtungen erfolgen soll, in der primär sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu erwarten sind; d.h. z.B. Hauptschulen vor Gymnasien, mehrfach belastete Wohngebiete vor bevorzugten Wohngebieten, Betriebe aus Branchen mit einer hohen Zahl prekär Beschäftigter vor Wirtschaftsunternehmen mit gut verdienenden Beschäftigten.

Mehr noch enthält der Gesetzentwurf einige Regelung, die die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen eher stärken könnte:

- Die ärztliche Präventionsempfehlung (§ 20 (5)) kann angesichts der sozial ungleichen Verteilung von Vorsorgeuntersuchungen zu einer weiteren Selektion der Inanspruchnahme von Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung führen.
- Bonusregelungen (§ 65a (1)) begünstigen diejenigen, die ohnehin eher Zugang zu verhaltenspräventiven Maßnahmen haben.
- Die Änderung des Infektionsschutzgesetzes in Artikel 8 könnte dazu führen, dass ohnehin benachteiligte Kinder nicht in Kindertagesstätten aufgenommen werden können, weil eine ärztliche Beratung zum Impfschutz des Kindes nicht in Anspruch genommen wurde.

Wirksame Maßnahmen zum Abbau sozial bedingt ungleicher Gesundheitschancen können nicht ausschließlich Aufgabe der Sozialversicherungen sein. Sie sind immer im Zusammen-

hang z.B. mit Entscheidung der Bildungspolitik, der Sozialpolitik, der Wirtschaftspolitik oder der Stadt- und der Verkehrsplanung zu sehen.

Die Festlegung, dass Maßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufgaben, einer nachgeordneten Behörde des BMG, aus Versichertengeldern finanziert werden sollen, trägt zu einer sozial weniger gerechten Verteilung bei: Die Leistungen werden damit ausschließlich von gesetzlich Versicherten erbracht, nicht von den sozial in der Regel besser gestellten privat Versicherten, deren Anteil an steuerfinanzierten Leistungen höher ist. Im Übrigen steht in Frage, ob die BzGA strukturell die ihr hier zugeschriebenen Aufgaben sinnvoll übernehmen kann.

§ 2b des Gesetzentwurfes sieht zwar vor, dass bei den Leistungen der Krankenkassen geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen ist. Im § 20 wird entsprechend ausgeführt, dass die Leistungen insbesondere zur Verminderung [...] geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen. Es wird allerdings nicht klar gestellt, dass Geschlecht hier nicht biologische Gegebenheiten meint, sondern das sozial konstruierte Geschlecht und damit Ungleichheiten von Gesundheitschancen, die sozial bedingt sind.

### **3. Der „Health-in-all-Policies Ansatz“ muss umgesetzt werden**

Werden die Empfehlungen von Helsinki ernst genommen, nach denen Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit Priorität im politischen Handeln einzuräumen ist, so wären, zumindest in Ergänzung des vorliegenden Gesetzentwurfes, weitergehende Regelungen zu erwarten, nach denen andere Bundesressorts dem Charakter von Gesundheitsförderung und Prävention als einer Querschnittsaufgabe nachkommen müssen. Den Strategien des „Gender-Mainstreaming“ entsprechend müsste ein „Health Mainstreaming“ verbindlich geregelt sein. Ein dazu passendes Instrument wäre z.B. ein Health Impact Assessment in allen Gesetzesinitiativen vorzusehen, also eine Bewertung jedes Gesetzentwurfes nach möglichen Auswirkungen auf die sozial ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen.

Demgegenüber sieht § 20d (1) vor, dass es die Krankenkassen gemeinsam mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen sind, die eine nationale Präventionsstrategie entwickeln und im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz umsetzen und fortschreiben sollen. Im Zusammenhang mit der Finanzierung von Aufgaben der BzGA durch die Sozialversicherungen bedeutet dies, dass a) die Bundesregierung beabsichtigt, sich selbst von der Verantwortung für eine Finanzierung der Prävention und Gesundheitsförderung stärker zu entlasten und b) auch die politische Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung an die Sozialversicherungsträger übergeben will. Eine nationale Präventionsstrategie kann aber nur sinnvoll politisch verantwortet im Zusammenspiel aller relevanten gesellschaftlichen Akteure entwickelt werden und unter angemessener Beteiligung der Bevölkerung, um deren Gesundheit es geht.

Eine nationale Präventionsstrategie sollte dabei systematisch Erkenntnisse zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung und der sozialen Verteilung von Gesundheitschancen sowie den internationalen Erkenntnisstand über die Wirksamkeit von Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention berücksichtigen. Die Festschreibung von bislang entwickelten Gesundheitszielen als Ziele der Gesundheitsförderung kann dies ebenso wenig ersetzen wie Maßnahmen der Qualitätssicherung und Zertifizierung, die erfahrungsgemäß stärker formale als inhaltliche Gesichtspunkte berücksichtigen. Die Festschreibung von Gesundheitszielen wird im Übrigen der Dynamik der (Weiter-)Entwicklung von Gesundheitszielen und dem Charakter der Ziele, die nichtzwingend Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention sind, nicht gerecht.

Voraussetzung für eine wissenschaftliche Fundierung der Gesundheitsförderung ist die Förderung von Forschung und Lehre in den Gesundheitswissenschaften nach internationalen Standards, damit hinreichend wissenschaftlich basierte Empfehlungen ausgesprochen werden können.

**Zusammenfassend** bedarf der von der Bundesregierung vorliegende Gesetzesentwurf erheblicher Nachbesserungen und Ergänzungen, um zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention beitragen zu können. Diese ergeben sich primär aus der Umsetzung der Statements der Weltkonferenzen zur Gesundheitsförderung.