

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0099(42)

gel. ESV zur öAnhörung am 22.04.

15_Prävention

22.04.2015

Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung
des Ausschusses für Gesundheit
des 18. Deutschen Bundestags am 22. April 2015

Gesetzentwurf der Bundesregierung zum
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention
(Präventionsgesetz – PräVG)
BT-Drucksache 18/4282

1. Vorbemerkung:

In den gesundheitswissenschaftlichen Fachdiskussionen besteht ein breiter Konsens dahingehend, 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 weiterhin nicht eingelöst, obgleich sich im Zuge der demographischen Veränderungen die Verlagerung des Krankheitsspektrums hin zu den chronisch-degenerativen – und mithin nicht zu kurierenden, sehr wohl aber grundsätzlich durch Prävention zu verhindernden – Erkrankungen immer weiter fortsetzt. Ein solcher Paradigmenwechsel von der Kuration zur Prävention unter dem Leitbegriff der Gesundheitsförderung gemäß der Ottawa-Charta von 1986 ist sowohl ökonomisch als auch ethisch geboten. Es bedarf dafür einer organisatorischen, inhaltlichen und strukturellen Verankerung.

Der Entwicklungsbedarf betrifft v.a. die nicht-medizinische primäre Prävention, in der Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe der gesundheitlichen und sozialen Versorgung beispielgebend umgesetzt werden kann. Dieser ressourcenorientierte Ansatz kann nicht auf einzelne Gesundheitsprobleme reduziert werden, auch ist kein kurzfristiger Erfolg zu erwarten. 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 häufig

kontraproduktiv und verfehlen regelmäßig das Ziel der Verringerung sozial bedingter Unterschiede, insofern sie sogar zu einer weiteren Verschärfung dieser Problematik führen können bis hin zu dem vielfach beobachtbaren Phänomen des „blaming 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/ Eltern oder Arbeitslose sind entsprechende Mehr-Ebenen-Kampagnen viel versprechend und dringend geboten. Dafür empfiehlt sich insbesondere der Setting-Ansatz.

Der vorliegende Entwurf greift diese Potenziale von Gesundheitsförderung und primärer Prävention auf und stärkt sie. Ein solches Präventionsgesetz ist daher ein wichtiger Schritt, dem jedoch weitere folgen müssen.

2. Würdigung:

Der Entwurf sieht vor, dass die Krankenkassen ihre Ausgaben für die primäre Prävention ab 2016 auf jährlich 7 € je Versichertem mehr als verdoppeln. Davon sollen jeweils 2 € für betriebliche Gesundheitsförderung und 2 € in nichtbetrieblichen Settings aufgewendet werden. Gemessen an bisherigen Ausgaben, entspricht dieses einer gut fünffachen Erhöhung der Mittel für den Setting-Ansatz.

In abgeschwächter Form wird auch der Vorschlag zur Bündelung der Aktivitäten und Finanzmittel aufgegriffen. Zum einen sind im Entwurf bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen vorgesehen, die durch Landesrahmenvereinbarungen ergänzt werden sollen. Zum anderen soll eine kassenübergreifende „Prävention in Lebenswelten“ durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) organisiert werden, wofür diese mindestens ein Viertel der „nichtbetrieblichen“ 2 € erhalten soll, also 50 Cent und mithin gesamt 35 Mio. € pro Jahr. Für diese Aufgaben soll die BZgA nach Länderschlüsseln Kooperationspartner „heranziehen“ und finanzieren.

Damit besteht die Hoffnung, dass durch das Präventionsgesetz endlich ein zentraler Fürsprecher für Gesundheitsförderung ausgewiesen wird. Dafür scheint die BZgA durch ihre Vernetzungsaktivitäten in der soziallagenorientierten Gesundheitsförderung prädestiniert. Ihre Aufgabe könnte darin bestehen, fachlich anzuleiten, damit die Mittel nicht als Marketing, sondern tatsächlich und vollständig zur Stärkung der Settings genutzt werden. Als Modell kann die Bundesinitiative Frühe Hilfen mit der Verwaltungsvereinbarung von 2012 herangezogen werden.

Der Entwurf des Präventionsgesetzes stellt sich als Artikelgesetz neben dem SGB V auch weiteren Regelungsbereichen. So soll die Familienberatung nach § 16 des SGB VIII zukünftig auch „Familien in ihrer Gesundheitskompetenz stärken“ sowie bei Trägern von Hilfe zu Erziehung über die Leistungsvereinbarungen (SGB VIII, § 78c) „ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld für den zu betreuenden Personenkreis schaffen“ sollen. Die Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Jugendhilfe bildet eine zentrale Herausforderung; zumindest gibt es mit diesen Regelungen erste Anknüpfungspunkte seitens der Jugendhilfe.

Das Präventionsgesetz sieht auch Neuregelungen der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen vor mit dem Ziel, die ärztliche Sekundärprävention um primärpräventive Inhalte zu erweitern. Diese Vermischung von primärer und sekundärer Prävention ist im Sinne einer Zuständigkeitssystematik nicht unproblematisch. Sie trägt aber der Versorgungsrealität in der Pädiatrie, dem Wunsch nach Handlungsoptionen seitens der Kinderärzte sowie – was ihn letztlich einzig legitimiert – dem Postulat einer Vermittlung belasteter Eltern in die Frühen Hilfen Rechnung. Von hoher Bedeutung ist es hier, dass die Ärzt/innen sich mit den Angeboten familiärer Gesundheitsförderung und Früher Hilfen eng verknüpfen; die Unterstützung bei psychosozialen Schwierigkeiten für Kind und Familie sollte hier dem Leitsatz folgen, die (kinder-)ärztliche Autorität an lebensnahe Leistungserbringer, insbesondere Hebammen, weiterzureichen. Es sollten Anreize geschaffen werden zur Kooperation, der Aufbau von Doppelstrukturen unbedingt vermieden werden. Die Bundesregierung hat in ihrer Stellungnahme auf die entsprechende Kritik des Bundesrates bereits klargestellt, diese Frage zu prüfen. Weiterhin heißt es in der Stellungnahme: „Darüber hinaus haben BMG und BMFSFJ verabredet, die Voraussetzungen für eine engere Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen – ohne finanzielle Lastenverschiebung zwischen den Hilfe- und Sozialsystemen – weiter zu verbessern“. Es ist zu wünschen, dass sich diese Erkenntnis bereits im Gesetz nieder schlägt. Dazu finden sich nachstehend Vorschläge.

Zur Strukturbildung sieht der Gesetzesentwurf eine Nationalen Präventionskonferenz in Geschäftsführung durch die BZgA vor, die eine Nationale Präventionsstrategie erarbeiten und dem Bundestag in jeder Legislaturperiode einen Präventionsbericht vorlegen soll. Beraten werden soll sie von einem Präventionsforum, das in Geschäftsführung der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung zivilgesellschaftliche Akteure einbinden soll.

In der inhaltlichen Normierung sieht der Entwurf für das Präventionsgesetz weiterhin die soziallagenorientierte Ausrichtung der primären Prävention vor, nun aber um Geschlechtergerechtigkeit ergänzt, so dass primäre Prävention gemäß § 20 SGB V zukünftig „insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen“ solle.

Desweiteren sind Regelungen zur verlängerten Inanspruchnahme einer Hebammenbetreuung, Verstärkung der Impfberatung sowie Modifikationen der gesundheitlich weniger relevanten Bereiche der Kursangebote und der Bonus-Regelungen enthalten.

Ein solches Präventionsgesetz kann die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung wesentlich verbessern.

Dabei ist es wichtig, dass die Regelungen

- auf konsistenten Definitionen basieren
- Fehlinterpretationen und -entwicklungen vermeiden (etwa Missbrauch durch Marketing oder „Verschiebebahnhöfe“)
- durch Strukturstützung nachhaltig wirken können
- Schnittstellenprobleme überwinden und
- breit konsentierbar sind.

Um in diesem Sinne die positiven Wirkungen noch weiter zu stärken, werden die nachfolgenden Ergänzungsvorschläge formuliert.

3. Änderungs- und Ergänzungsvorschläge:

SGB V, § 1 Satz 2

Vorschlag zur Änderung des 2. Satzes: „Das umfasst auch die Förderung gesundheitlicher Rahmenbedingungen und der Gesundheitskompetenz.“

Begründung:

Diese Formulierung entspricht den Empfehlungen der WHO. Dabei kann auch an die nationalen und internationalen Konzepte zur Stärkung der Gesundheitskompetenz („Health Literacy“) angeknüpft werden.

Die Bezeichnung „gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung“ ist unüblich und missverständlich.

SGB V, § 20 Absatz 1 Satz 1

Vorschlag zur Änderung der Legaldefinition von Gesundheitsförderung:

„ (...) sowie Leistungen zur Förderung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen in Lebenswelten, die gesundheitliche Ressourcen stärken (Gesundheitsförderung), vor.“

Begründung:

Diese Formulierung entspricht den Empfehlungen der WHO.

SGB V, § 20 Absatz 3 Satz 1

Vorschlag zur Änderung des 1. Satzes: „Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die Gesundheitsziele des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.“

Die nachfolgende Auflistung der Ziele und die nachfolgenden Verweise auf den Bundesanzeiger können damit entfallen (ersatzweise: in den Begründungsteil).

Begründung:

Mit dieser offenen Formulierung wird eine statische Beschränkung auf die Gesundheitsziele vermieden, mit der die notwendig laufende Fortentwicklung der Gesundheitsziele erschwert wird.

SGB V, § 20 Absatz 4 Punkt 2

Vorschlag zur Änderung von Punkt 2: „Leistungen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebenswelten nach § 20a“.

Begründung:

Diese Formulierung entspricht dem Setting-Ansatz der WHO. Insbesondere ist eine Bezugnahme auf in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nicht praktikabel, da sich Lebenswelten nicht entlang Mitgliedschaften in Krankenkassen konstituieren.

SGB V, § 20 Absatz 6

Die Erhöhung der auszugebenden Beträge auf 7 €, davon jeweils 2 € für betriebliche und nicht-betriebliche Settings, ab 2016 wird begrüßt; es soll jedoch schon eine weitere Steigerung auf 9 €, davon jeweils 3 € ab 2018 und nachfolgende prozentuale Veränderung in 2019ff., festgeschrieben werden.

Begründung:

Um die angestrebten Gesundheitsgewinne zu erzielen, sollten bereits der zweite Prozessschritt des notwendigen Aufwuchses festgelegt werden.

SGB V, § 20a Absatz 1 Satz 1

Als Überschrift wird neu vorgeschlagen: „Leistungen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebenswelten“

Begründung:

s.o.

Die Begriffsergänzung ‚und Prävention‘ ist zusätzlich entbehrlich und eher verwirrend.

SGB V, § 20a Absatz 1 Satz 1

Die erste Lebenswelt des „Wohnens“ soll umbenannt werden in die Lebenswelt „Wohnumfeld/ Kommune“.

Als weitere Settings sollten aufgeführt werden: Quartier, Wohnheim, Werkstätten für Menschen mit Behinderung, Mehrgenerationenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflege. Gestrichen werden sollte hingegen die Nennung einer Lebenswelt der „medizinischen Versorgung“.

Begründung:

Die Lebenswelt „Wohnumfeld/ Kommune“ ist für die Gesundheitsförderung als „Dach-Setting“ von herausragender Bedeutung. Sie bietet Anknüpfungspunkte an das erfolgreiche Bund-Länder-Programm ‚Soziale Stadt‘ und die Präventionsketten in Modellkommunen, die im Rahmen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit/ Kommunalen Partnerprozesses ‚Gesund aufwachsen für Alle‘ identifiziert werden konnten.

Die weiteren genannten Settings sind solche mit besonderer Relevanz für Verminderung sozial bedingt ungleicher Gesundheitschancen.

Gegen eine Nennung einer Lebenswelt der „medizinischen Versorgung“ spricht, dass diese Bezeichnung missverständlich ist, denn „therapeutisches Setting“ darf nicht mit „Setting-Ansatz in Lebenswelten“ verwechselt werden. In der Folge könnten Maßnahmen der Gesundheitsförderung als Marketing in Einrichtungen der medizinischen Versorgung angeboten werden. Einer solchen missbräuchlichen Entwicklung sollte vorgebeugt werden.

→ ersatzweise entsprechende Erläuterung in der Gesetzesbegründung.

SGB V, § 20a Absatz 1 Satz 2

Nach dem 1. Satz soll als 2. Satz ergänzt werden:

„Die Lebenswelten werden übergreifend von der Lebenswelt Kommune als Präventionskette koordiniert.“

Begründung:

Die Erwähnung der Kommune als „Dach-Setting“ trägt der hohen Bedeutung insb. des ÖGD, aber auch der Sozial-, Schul- und Jugendämter Rechnung. Durch den Koordinierungsauftrag kann die Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gebündelt und substantiell verstärkt werden.

SGB V, § 20a Absatz 3:

Die Einbindung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für die Entwicklung kassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und für wissenschaftliche Evaluation wird von der Sache her begrüßt.

Noch sinnvoller kann es sein, Krankenkassen und weiteren Sozialversicherungsträgern die gemeinsame (Mit-) Gründung eines Nationalen Zentrums für Gesundheitsförderung aufzutragen, das bei der BZgA angesiedelt wird.

Begründung:

Ein wesentlicher Schwachpunkt der Gesundheitsförderung in Deutschland besteht darin, dass es bislang keinen starken und unabhängigen Akteur gibt, der sich explizit und ausschließlich der Gesundheitsförderung verpflichtet sieht. Sowohl seitens des BMGs als auch durch Gesetzliche Krankenkassen (durch die IKK als damals für Primärprävention federführender Bundesverband) gab es Vorschläge zur Einrichtung einer Stiftung, die bedauerlicher Weise nicht realisiert wurden.

So hat unsere aktuelle Untersuchung zur Umsetzung der Gesundheitsziele für das Setting Kita (Geene, Kliche & Borkowski 2015) ergeben, dass die Dokumentation von Maßnahmen insb. durch Krankenkassen quantitativ beeindruckend ist, aber kein Überblick über Methoden, Interventionstiefen und Wirkungen der Maßnahmen vorliegt.

Ein Nationales Zentrum kann dieses Vakuum ausfüllen. Vorbild dafür kann das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in gemeinsamer Trägerschaft von BZgA und Deutschem Jugendinstitut e.V. sein. Aufgaben des NZFH sind u.a. Begleitforschung, Qualifizierung und Qualitätsentwicklung, interdisziplinärer und überregionaler Austausch, Stärkung der Kooperation und des länderübergreifenden Austausches.

SGB V, §§ 20d und 20e:

Mit einer Verpflichtung an Krankenkassen und weitere Sozialversicherungsträger zur gemeinsamen (Mit-) Gründung eines Nationalen Zentrums für Gesundheitsförderung, das bei der BZgA angesiedelt wird, können die Entscheidungsgremien der Nationalen Präventionskonferenz einschl. der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen, der Präventionsberichte und der Präventionsforen breiter aufgestellt sein, d.h. unter Einbeziehung weiterer Akteure aus Bundes- und Landesministerien, Selbsthilfe und Patientenorganisationen nach § 140, der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung und weiterer zivilgesellschaftlicher Akteure.

Dabei kann analog zur Bundesinitiative Frühe Hilfen eine Bund-Länder-Kommunen-Struktur gebildet werden.

Begründung:

s.o.

ersatzweise:

SGB V, § 20e Absatz 1 Satz 6

Nach dem 5. Satz soll als vorletzter Satz ergänzt werden:

„Mit beratender Stimme sind ferner Vertreter aus den Bereichen Gesundheits-, Pflege-, Hebammen-, Ernährungs- und Sportwissenschaften, von der

Bundesärztekammer und der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung, des Gemeinsamen Bundesausschuss, des Deutschen Jugendinstituts e.V., des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de und der Selbsthilfe nach § 140 einzubeziehen.“

SGB V, § 20f Absatz 2 Punkt 2

Der Auftrag zur „Koordination von Leistungen zwischen den Beteiligten“ soll um den Nebensatz ergänzt werden:

„..., wobei bestehende Koordinierungsstellen in den Ländern beauftragt werden sollen“

Begründung:

Im Rahmen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit ist ein flächendeckendes Netz von Koordinierungsstellen (vormals: Regionalen Knoten) eingerichtet werden. Sie sind organisatorisch bei den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung oder analogen Einrichtungen in den Ländern angesiedelt und bundesweit koordiniert. Diese Struktur soll genutzt und gestärkt werden.

SGB V, § 20h

Die Mittel der Selbsthilfeförderung für die Sekundär- und Tertiärprävention soll auf 1 € pro Versicherten und Jahr erhöht werden.

10 Cent dieser Mittel soll pauschal an die Dachverbände für die Koordination der Patientenbeteiligung verwendet werden.

Begründung:

Die zentrale Funktion der Selbsthilfe sowohl für Belastungssenkung und Ressourcenstärkung soll gestärkt werden. Die Förderung der institutionellen Ebene sollte gesichert und entbürokratisiert werden.

SGB V, § 24d, Satz 1

Die Verlängerung der möglichen Inanspruchnahme von Hebammenhilfe von 8 auf 12 Wochen wird im Grundsatz begrüßt; zielgerichteter jedoch ist alternativ/ ergänzend eine anteilige Finanzierungsverpflichtung der Krankenkassen für Familienhebammenhilfe, weil deren Tätigkeit auf besondere Belastungen ausgerichtet ist.

Begründung:

Mit dem Bundeskinderschutzgesetz ist Familienhebammenhilfe als erweiterte Hebammenhilfe eingeführt worden. Sie dient zur Unterstützung stark belasteter Familien. Ihre Finanzierung erfolgt über die Bundesinitiative Frühe Hilfen mit Ansiedlung in der Jugendhilfe/ SGB VIII. Hebammenverbände fordern, dass diese Leistungen im SGB V aufgenommen werden. Damit streben sie einerseits eine Anbindung an das Gesundheitswesen an, wie es ihrer beruflichen Grundqualifikation entspricht. Eine Engführung an die Jugendhilfe erscheint ihnen problematisch, weil dies das besondere Vertrauensverhältnis, das sie bei vielen Familien genießen, gefährden kann.

Eine anteilige Finanzierung durch Krankenkassen und Bundesinitiative/ Jugendhilfe kann die Schnittstellenproblematik überwinden, insofern die Familienhebammen dann in beiden Systemen verankert sind und sowohl seitens der Jugendhilfe als auch der Gesundheitshilfe auf sie (Verweismöglichkeit für Frauen- und Kinderärzte im Rahmen der Mutterschafts- und der Kinderrichtlinien) und von ihnen zurück verwiesen werden kann.

Auch können Familienhebammen so gleichermaßen in die Netzwerke Frühe Hilfen nach SGB VIII und die gesundheitlichen Angebote nach SGB V einbezogen werden, ohne jedoch durch eine Weisungsbefugnis in evtl. Loyalitätskonflikte zwischen Familien und Jugendamt zu geraten. Dadurch kann nicht nur die Vernetzungsproblematik der Frühen Hilfen in das Gesundheitswesen wesentlich verbessert, sondern auch ein Webfehler der vorgesehenen Neuregelung des § 26 beseitigt werden (s.u.).

SGB V, § 25, Absatz 3 letzter Satz

Der Auftrag zur Erprobung von Gesundheitsuntersuchungen soll um den Einschub ergänzt werden:

„... Ausgestaltung und Wirksamkeit der Gesundheitsuntersuchung ...“

Begründung:

Zur Ausweitung der Früherkennungsuntersuchungen hinsichtlich Inhalten und Umfang ist positiv hervorzuheben, dass dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Möglichkeit aufgetragen wird, in Richtlinien geeignete inhaltliche und organisatorische Ausgestaltungen zu prüfen. Es sollte hier expliziert werden, dass diese Erprobung auch Erkenntnisse zur Feststellung der jeweiligen Wirksamkeit einer Untersuchung beinhalten soll.

SGB V, § 26, Absatz 1, Satz 2

Die Erweiterung der Gesundheitsuntersuchungen auf „Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken“ soll gestrichen werden.

Begründung:

Eine Erhebung psychosozialer Daten zur Ermittlung von Risikofaktoren soll vermieden werden, weil auf dem Hintergrund der hohen Stigmatisierungssorgen gerade diejenigen Familien, deren Betreuung besonders wichtig erscheint, sozial erwünschte oder auch falsche Angaben machen oder sogar komplett verloren gehen können (Präventionsparadox).

SGB V, § 26, Absatz 1, Satz 3

Der 3. Satz soll wie folgt ergänzt werden:

„Die Untersuchungen umfassen Hinweise zu Frühen Hilfen und Sozialpädiatrischen Zentren ...“

Begründung:

Frühe Hilfen und SPZs sind jene Angebote, die vor allem auf junge Familien mit hohen Belastungen ausgerichtet sind und über entsprechendes Methodenprogramm verfügen, diesen zu helfen. Mit einer Einbindung der Familienhebammen in die Leistungen nach SGB V (s.o.) könnte diese Schnittstellenproblematik überwunden werden.

In der Begründung wird darauf verwiesen, dass Ärztinnen und Ärzte sowohl auf Grund ihrer Qualifikation als auch auf Grund des besonderen Arzt-Patienten-Verhältnisses seit jeher besonders geeignet seien, eine primärpräventive orientierte Beratung und Begleitung zu leisten. Hier ist das Argument des Zugangs einleuchtend und wissenschaftlich belegt, weil Ärzt/innen über ein besonderes Vertrauensverhältnis zu ihren Patient/innen verfügen. Es ist von hoher Bedeutung, dieses Verhältnis keinesfalls durch fachfremde Aspekte zu gefährden, wie es der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Expertise zur Ablehnung einer Früherkennung auf Kindeswohlgefährdung 2007 eindrucksvoll dargestellt hat. Das von allen Bänken des GBA getragene Gutachten sollte Mahnung sein, den Ärzt/innen keine fachfremden Detektionsaufgaben zu übertragen.

Nicht zutreffend ist der Verweis auf die medizinische Qualifikation. Vielmehr wird in den Analysen über die Aus- und Fortbildung von Mediziner/innen regelmäßig geringe Beratungskompetenz und fehlende Kenntnisse zu den Lebenswelten insbesondere sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen beklagt.

Daher sollten Ärzt/innen das ihnen entgegen gebrachte Vertrauen an lebensweltnahe Dienstleister/innen wie insbesondere Familienhebammen delegieren, damit diese milieunah und „vor Ort“ spezifische Risiken erkennen und Gegenmaßnahmen gemeinsam mit den Betroffenen entwickeln können. Der primärpräventive Ansatz gebietet hier eine unspezifische, nicht-selektive Bereitstellung entsprechender Verweisinformationen.

In jedem Fall ist zu vermeiden, dass parallel zu den Frühen Hilfen Doppelstrukturen im Gesundheitswesen entstehen.

4. Abschlussbemerkungen

Es ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber das wichtige Thema eines Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz aufgreift.

Gerade wegen der Vielfalt an Handlungsfeldern, Akteuren und Aktivitäten erscheint die Etablierung eines starken Fürsprechers der Gesundheitsförderung auf Bundesebene von besonderer Bedeutung. Im korporatistisch organisierten Sozialsystem der Bundesrepublik bedarf es eines legitimierten und operierenden Akteurs, um Schnittstellenprobleme und Steuerungsdefiziten zu begegnen. Dabei sollte – 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 hat sich in den vergangenen Jahren zu einem wesentlichen Motor der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung entwickelt. Mit dem Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ und dem darin eingebetteten „Kommunalen Partnerprozess Gesundes Aufwachsen für Alle“ hat sie im Zusammenwirken mit den Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit maßgeblich dazu beigetragen, überregionale und kommunale Strukturen für primäre Prävention zu etablieren. Allerdings ist dieser Prozess bislang von hoher Symbolik gekennzeichnet mit nur marginalen Finanzressourcen.

Hier fehlt es in Anbetracht der geringen Finanzmittel der Kommunen insbesondere an Mitteln zur Umsetzung. Es gilt also sicherzustellen, dass die vorgeschlagenen Gelder der GKV die konkreten primären Präventionsleistungen „vor Ort“ finanzieren können. Anzustreben wäre hier die Einbettung in größere Strukturen wie bspw. einem Stiftungsmodell. Beispielgebend dazu kann auch – sowohl strukturell als auch inhaltlich – das Nationale Zentrum Frühe Hilfen erwähnt werden, das in gemeinsamer Trägerschaft durch BZgA und das Deutsche Jugendinstitut einen Rahmen bietet für die umfangreichen Aktivitäten auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zum Aufbau Früher Hilfen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet hierfür gute Voraussetzungen. Dafür sollte die nachgeordnete Behörde BZgA allerdings, analog den Empfehlungen des Wissenschaftsrates von 2008, im Bereich von Forschung und Konzeptentwicklung deutlich gestärkt werden. Als Empfehlung sei ergänzt, 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.

Gesundheitsförderung und Prävention stellen sich in Deutschland als Entwicklungsaufgabe. Entsprechend ist die Qualitätssicherung 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 „Gesundheitliche

Chancengleichheit“, bei dem u.a. auf Lebenswelt- und Sozialsituationorientierung, Partizipation, Empowerment und Multiplikatorenkonzepte abgezielt wird. Dabei empfehlen sich Strategien des Mainstreaming, da sie den unterschiedlichen Lebensrealitäten und dem unterschiedlichen Gesundheitsverhalten der Menschen Rechnung trägt. Die Gender-Mainstreaming-Strategie kann hier erweitert werden um spezifische soziale Bedingungen (insb. Armutslagen) sowie soziale Diversitäten, die im Diversity-Ansatz und dem Allgemeinen Gleichstellungsgesetz (AGG) skizziert sind.

Neben dem Handlungsfeld der nicht-medizinischen Primärprävention insbesondere über den Setting-Ansatz muss auch die Querschnittsaufgabe der Gesundheitsförderung bedacht werden – die gesamte gesundheitliche und soziale Versorgung soll sich am Konzept der Ottawa-Charta ausrichten. Die aktuelle Vertiefung der Segmentierungen im Gesundheits- und Sozialwesen durch weitere „Insellösungen“ sind für alle Beteiligten in hohem Maße unbefriedigend und demoralisierend.

In diesem Zusammenhang ist es zu begrüßen, dass die hier vorgeschlagenen Gremien auf Bundes- und Landesebene auf bestehenden Strukturen aufbauen und eine breite Beteiligung vieler Akteure ermöglichen werden, was ggf. im Sinne o.a. Vorschläge in Gesetzestext und –begründung noch stärker expliziert werden kann.