



1. Februar 2013

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH)
zum Referentenentwurf des BMG für ein Gesundheitsförderungs- und
Präventionsstärkungsgesetz und zu den
„Eckpunkten für eine Präventionsstrategie“ vom 13.12.2012**

Die Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH) ist die wissenschaftliche Dachgesellschaft von Public Health – der Wissenschaft und Praxis zur Vermeidung von Krankheiten, zur Verlängerung des Lebens und zur Förderung von physischer und psychischer Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und einer effizienten Nutzung der vorhandenen Ressourcen. Die DGPH vertritt bundesweit 38 Mitgliedsorganisationen aus Hochschulen, Fachgesellschaften und Institutionen, die sich mit Public Health befassen und ist daher die Fachgesellschaft in Deutschland, in der die wissenschaftliche Expertise für Gesundheitsförderung und Prävention gebündelt ist.

Grundsätzlich hält die DGPH eine Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland für zwingend notwendig. Mit dem jetzt vorliegenden Referentenentwurf wird dieses Ziel allerdings nicht erreicht. Vielmehr bleibt der Entwurf weit hinter dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand, den internationalen Entwicklungen und Empfehlungen, der Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung und dem weitgehenden gesellschaftlichen Konsens in Deutschland zurück. In ihrer jetzigen Form würden der Gesetzesentwurf und die Präventionsstrategie zu einer nachhaltigen Schwächung von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland führen.

Aus Sicht der DGPH sind dabei fünf Punkte zentral:

1) Das im Gesetzentwurf transportierte, veraltete und verengte Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention verhindert effektive Maßnahmen.

Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung werden durch die soziale Lage, die Lebens- und Umgebungsbedingungen, das individuelle Verhalten und erbliche Faktoren bestimmt. Wirksame Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit können sich sowohl unmittelbar auf das Individuum beziehen (z.B. Impfungen, Beratung, Schulung), als auch bei den Lebens- und Umgebungsbedingungen bzw. beim „Setting“ ansetzen (z.B. Lärmschutz, „gesunde Städte“, gesundheitsverträgliche Arbeitsbedingungen, gesundes Schulesen). Leiden Menschen z.B. unter Verkehrslärm, sind sie primär auf Maßnahmen angewiesen, auf die sie als Individuen keinen unmittelbaren Einfluss haben, wie z.B. Nachtflugverbote, Lärmschutzwände oder Geschwindigkeitsbeschränkungen. Tabakrauch wird dagegen oft als ein Beispiel für eine Noxe angeführt, die durch eine individuelle Verhaltensänderung verhindert werden kann. Entsprechend gibt es zahlreiche verhaltensbezogene Präventionsmaßnahmen, wie Plakate und Spots gegen das Rauchen oder Präventionskurse in

Schulen. Tatsächlich aber haben viele dieser Maßnahmen in wissenschaftlichen Evaluationen nur eine geringe und wenig nachhaltige Effektivität gezeigt. Wirkungsvoller waren dagegen Maßnahmen, die sich nicht unmittelbar auf Individuen, sondern auf die Rahmenbedingungen bezogen, wie z.B. Steuererhöhungen oder Rauchverbote in Innenräumen. Ähnliche Konzepte werden inzwischen auch im Kontext von Ernährung und Übergewicht diskutiert.

In deutlichem Gegensatz zu den wissenschaftlichen Erkenntnissen sind die in dem vorliegenden Referentenentwurf aufgeführten Präventionsansätze fast ausschließlich auf individuelle Maßnahmen reduziert. Damit ignoriert der Referentenentwurf auch die seit Jahrzehnten immer wieder neu belegte Erkenntnis, dass Maßnahmen der Verhaltensprävention nur in einer Verbindung mit Maßnahmen der Verhältnisprävention die gewünschte Wirkung entfalten können. Die Gründe dafür liegen in den Faktoren, die zur Entstehung von Gesundheit beitragen, und vor allem in der motivierenden Wirkung verhältnispräventiver Interventionen für die Bereitschaft zur Verhaltensänderung der Menschen. Viele der im Referentenentwurf vorgesehenen individuellen Maßnahmen der Prävention greifen zudem erst zu einem sehr späten Zeitpunkt in der Lebensphase der Menschen.

Die Reduktion von Prävention auf Strategien individueller Verhaltensänderung wird also trotz erheblichen Aufwands nur zu einer minimalen Reduktion der Krankheitslast führen.

2) Die vorgeschlagenen Strategien zu Gesundheitsförderung und Prävention tragen zu einer Zunahme gesundheitlicher Ungleichheit bei.

In der Präventionsstrategie wird erklärt, dass die Voraussetzungen verbessert werden sollen, um auf sozial benachteiligte Gruppen, wie Menschen mit Migrationshintergrund oder niedrigem Bildungsstand, eingehen zu können. Die gesundheitlich hochbelasteten Gruppen der Arbeitslosen und prekär Beschäftigten sowie Menschen mit geringem Einkommen werden nicht genannt. Gerade aufgrund der hochgradig belasteten Lebens- bzw. Arbeitsbedingungen und der prekären Ausstattung mit materiellen und immateriellen Ressourcen sind für diese Gruppen besondere Aktivitäten erforderlich, die ihnen ressourcenorientierte Entwicklungschancen bieten, anstatt die bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten weiter zu verschärfen.

Deutlich wird ein reduziertes Verständnis der Ursachen sozialer Ungleichheit: Gesundheitliche Ungleichheit entsteht nicht alleine dadurch, dass sozial benachteiligten Menschen der Zugang zu Präventionsmaßnahmen verwehrt wird, oder ihnen das Wissen über gesundheitsbezogene Verhaltensstrategien fehlt. Gesundheit oder deren Gefährdung entsteht maßgeblich durch die soziokulturellen, ökologischen und ökonomischen Bedingungen, in denen Menschen leben und arbeiten. Gesundheitliche Ungleichheit hat ihre Wurzeln primär in der ungleichen Verteilung gesellschaftlichen Reichtums, in der Kombination gesundheitlicher Mehrfachbelastungen durch Umwelteinflüsse mit sozialen Belastungen und der ungleichen Verteilung aktiver Teilhabe an sozial anerkannten Aktivitäten. Sekundär entsteht gesundheitliche Ungleichheit durch gesundheitsbelastende Bewältigungsstrategien in schwierigen Lebenslagen. Um gesundheitlicher Ungleichheit entgegenzutreten, muss an der Veränderung von Lebensbedingungen angesetzt werden. Aktivitäten, die in diese Richtung gehen könnten (z.B. die Setting-Ansätze der Gesundheitsförderung, die auf eine aktive Teilhabe benachteiligter Bevölkerungsgruppen an der Gestaltung ihrer Lebensumstände in Kindertagesstätten, Schulen, Betrieben oder Wohngebieten und damit an der Stärkung der Selbstbestimmung von Individuen und Gruppen abzielen) werden im Gesetzesentwurf lediglich in verkürzter Form thematisiert und sind nicht an Maßnahmen gekoppelt. Die hier enthaltene Bezugnahme auf den Setting-Ansatz beschränkt sich auf die Möglichkeit, diesen als Plattform zur Vermittlung von Präventionsbotschaften („mediale Durchschlagskraft“) zu nutzen.

Die dem Referentenentwurf unterlegte Präventionsstrategie setzt einseitig auf die „Eigenverantwortung“ im Sinne eines gesundheitsbewussten Lebensstils und ignoriert die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit. Dieser Ansatz wird aus gesundheitlicher Perspektive weitgehend wirkungslos bleiben. Darüber hinaus führt er zu einer Stigmatisierung und Diskriminierung sozial und gesundheitlich benachteiligter Bevölkerungsgruppen.

Sehr wahrscheinlich wird die Umsetzung des Entwurfs in der vorliegenden Form sogar zu einer Verschärfung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. So sieht beispielsweise die Regelung des neu ergänzten Absatzes 3 (§ 20a) vor, dass Krankenkassen mit Unternehmen Gruppentarife abschließen, denen Beschäftigte beitreten können. Die von der jeweiligen Krankenkasse erbrachten Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung sollen Bestandteil dieser Tarife sein. Es ist bekannt, dass die gesetzlich implementierten Wettbewerbsbedingungen für die Krankenkassen Anreize setzen, Versicherte mit einer guten Risikostruktur zu gewinnen (junge, gesunde, einkommensstarke Beschäftigte) und in diesem Zusammenhang die angebotenen Leistungen auf diesen Kreis zu beschränken, anstatt ihre Leistungen auf Belegschaften als Ganze auszurichten. Damit werden wiederum Präventionsleistungen bevorzugt, die sich an Einzelpersonen bzw. an das individuelle Verhalten richten. Sinnvoll und erfolgversprechend wären im Gegensatz dazu aber Strategien Betrieblicher Gesundheitsförderung, die vor allem auf eine gesundheitsfördernde Gestaltung von Arbeitsbedingungen ausgerichtet sind.

3) Gesundheitsförderung und Prävention sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe – dezentrale Strukturen müssen gestärkt werden.

Anders als die Versorgung von kranken Menschen findet der überwiegende Teil der Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und Prävention außerhalb der Einrichtungen des Gesundheitssektors im engeren Sinne (z.B. Praxen, Kliniken) und dezentral statt: in Kommunen, in Schulen und Kindergärten, am Arbeitsplatz, in der Nachbarschaft, in Vereinen und Verbänden und in Familien. Dies ist internationaler Konsens und in Deutschland wie auch international gelebte Praxis.

Im Gegensatz zu diesen Erkenntnissen und Praktiken sehen der Referentenentwurf und die Präventionsstrategie eine Finanzierung (im Übrigen durch Gelder der Versicherten in der GKV) im Wesentlichen nur einer zentralen Behörde, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), von Initiativen in Betrieben und von Maßnahmen niedergelassener Ärztinnen und Ärzten vor.

Die BZgA ist nachweislich eine fachlich hoch stehende und effektiv arbeitende Fachbehörde des Bundes. Insofern ist ihre Aufwertung und finanzielle Besserstellung grundsätzlich zu begrüßen. Als einzelne Behörde ist sie aber nicht in der Lage, Interventionen zur primären Prävention in Lebenswelten, „insbesondere in Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen und Jugendeinrichtungen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen“ durchzuführen. Hierfür werden dezentral arbeitende Institutionen benötigt, deren Aktivitäten verbindlich koordiniert werden müssen. Es fehlen die Konzepte und die Finanzierungsmodelle für gesundheitliche Verbesserungen in den o.g. Bereichen und Settings, in denen ein Großteil von Gesundheitsförderung und Prävention stattfindet.

Zur Rolle niedergelassener Ärztinnen und Ärzten ist festzuhalten, dass in Deutschland die Konsultationszeit zwischen Arzt und Patient kürzer ist als in den meisten europäischen Ländern. Zudem verfügen bei weitem nicht alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland über eine ausreichende Aus- bzw. Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung.

4) Betriebliche Gesundheitsförderung: Mit dem Setting-Ansatz bisher erreichte Erfolge nicht gefährden.

Die Passung und Wirksamkeit des Settings-Ansatzes ist in besonderem Maße für die Arbeitswelt und den Betrieb nachgewiesen, dessen Rahmenbedingungen in erheblichem Umfang einen eigenständigen und sowohl verhaltensunabhängigen als auch verhaltenssteuernden Einfluss auf die Gesundheit haben. Das Potenzial, das eine gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung des Settings Betrieb bietet, wird im Referentenentwurf nicht genutzt.

Betriebliche Gesundheitsförderung ist in Deutschland derzeit ein gut etabliertes Praxisfeld, in dem ein konstruktives Zusammenwirken von Krankenkassen, Unfallversicherern, dem innerbetrieblichen Arbeitsschutz, Arbeitgebern und Arbeitnehmervertretern stattfindet. Die hier entwickelten Konzepte setzen inzwischen auf europäischer Ebene Standards. Darin wird festgehalten, dass allein über die Stärkung medizinischer Früherkennung von Krankheitsrisiken und die Korrektur individuellen Verhaltens keine ausreichenden Effekte in Form einer Verbesserung der Beschäftigtengesundheit zu erwarten sind. Um die Gesundheit, insbesondere von Beschäftigtengruppen mit besonderem Bedarf, wirksam verbessern zu können, bedarf es vielmehr eines breiten strategischen Ansatzes, der auf die jeweiligen Arbeitsbedingungen ausgerichtet ist und Mitwirkungsspielräume für die Beschäftigten eröffnet. Früherkennung und verhaltenspräventive Programme setzen zu spät ein und adressieren nicht die Ursachen, beispielsweise arbeitsbedingte psychische Belastungen oder geringe Entscheidungsspielräume. Qualitätskriterien zur Gestaltung von Betrieblicher Gesundheitsförderung, z.B. des European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP), fordern stattdessen eine strategische Verankerung und professionelle Steuerung der Gesundheitsförderung auf Ebene der Gesamtorganisation, die gesundheitsfördernde Gestaltung von Arbeitsbedingungen sowie die Einbindung aller betrieblichen Akteure inklusive der Partizipation der Beschäftigten. Die im Referentenentwurf vorgesehene individualpräventive Verhaltenssteuerung wäre demgegenüber ein gewaltiger Rückschritt.

Der Referentenentwurf sieht weiter vor, dass für die Durchführung entsprechender Tarifleistungen Verträge mit Einzelanbietern inklusive Betriebsärzten abgeschlossen werden. Damit wird die Tendenz verstärkt, Gesundheitsförderung und Prävention nicht als grundlegende Aufgabe des Unternehmens und als eine in seiner Verantwortung liegende Pflicht zur gesunden Gestaltung von Arbeitsbedingungen zu interpretieren, sondern diese an Dritte zu delegieren.

Mit Blick auf die Entscheidungsbefugnisse von Arbeitgebern und die damit verbundene Abhängigkeit von Beschäftigten ist der Einfluss der Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit von besonderer Relevanz. Die Verantwortung für Gesundheit auf den Einzelnen zu übertragen und allein am Verhalten von Betroffenen festzumachen, bleibt nicht nur weit hinter dem gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisstand, sondern auch hinter einer bereits breit etablierten Praxis zurück.

5) Wissenschaftliche Erkenntnisse müssen berücksichtigt werden.

Absatz 1 des § 20 sieht im Vergleich zur bisherigen Regelung vor, dass die Krankenkassen ihre Präventionsleistungen auf das bisher ohne Vollmacht und Verbindlichkeit arbeitende Projekt gesundheitsziele.de abstimmen sollen. Dies ist insoweit grundsätzlich zu begrüßen, als hinter gesundheitsziele.de ein Konsensprozess relevanter beteiligter Akteure steht, der sich um eine wissenschaftliche Fundierung bemüht. Sollen die Präventionsleistungen auf Gesundheitsziele abgestimmt werden, müssen diese und die daraus abzuleitenden Maßnahmen auf belastbaren epidemiologischen Daten, der nachgewiesenen Wirkung geeigneter Interventionen und der ethischen und ökonomischen Bewertung der Maßnahmen basieren. Dabei muss eine Vielzahl methodischer Probleme gelöst werden, die sich aufgrund der Komplexität der Prozesse, die zur Entstehung von Gesundheit und

Krankheit beitragen, ergeben. Dies erfordert eine solide, unabhängige wissenschaftliche Expertise, die die darauf aufbauende Abstimmungsprozesse vorbereiten kann.

Analog gilt auch bzgl. Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit Absatz 3 Satz 2 für die vorgesehene „Zertifizierung von Leistungsangeboten“ nach Kriterien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, dass die angebotenen Maßnahmen nicht nur qualitätsgesichert, sondern auch auf solider Evidenz beruhen müssen. Dass sich dies mit der im Referentenentwurf vorgesehenen Wettbewerbsorientierung verträgt, ist aufgrund der bisherigen Erfahrungen nicht zu erwarten.

Anders als z.B. im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen scheint der Referentenentwurf nicht vorzusehen, umfassende wissenschaftliche Expertise einzuholen. Dies ist im Sinne einer zukunftsorientierten, nachhaltig wirksamen und effizienten Prävention und Gesundheitsförderung nicht ratsam.

Zusammenfassende Einschätzung und Empfehlungen:

Zusammenfassend begrüßt die DGPH den Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Der vorgelegte Referentenentwurf und die Eckpunkte für eine Präventionsstrategie lassen allerdings in ihrer jetzigen Fassung eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit nicht erwarten. Dies liegt insbesondere an einer verengten und veralteten, nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhenden Perspektive auf Gesundheitsförderung und Prävention.

Die DGPH empfiehlt daher nachdrücklich

- verhältnisbezogene Maßnahmen als zentralen Bestandteil jedes Konzeptes zu Gesundheitsförderung und Prävention zu integrieren
- in Gesetzen und Strategien zu Gesundheitsförderung und Prävention den Abbau sozialer Ungleichheit als zentrales Ziel aufzunehmen und erwiesenermaßen wirksame Maßnahmen einzuschließen
- relevante Akteure und Settings, die jenseits der primär auf die Versorgung von Kranken ausgerichteten Institutionen in der Gesundheitsförderung und Prävention tätig sind, umfassend einzubeziehen
- wissenschaftliche Erkenntnisse als Ausgangspunkt von Gesetzen und Strategien zu Gesundheitsförderung und Prävention zu verwenden.

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH)
Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus, M.A., MPH (Vorsitzender)
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Fachbereich 11
Universität Bremen
Grazer Str. 4
D-28359 Bremen
Telefon: +49(0)421-218 688 00
 +49(0)421-218 688 21 (Sekretariat)
Fax: +49(0)421-218 98 688 00
E-Mail: ansgar.gerhardus@uni-bremen.de