



Raimund Geene

Vorrang für Verhältnisprävention

Brauchen wir eine Enquete-Kommission zur Weiterentwicklung der Prävention in Deutschland?

Workshop 60

Das Verständnis von Verhaltens- und Verhältnisprävention ist in der Praxis, so auf kommunaler Ebene, bei Politik und Krankenkassen sowie mitunter auch in fachlichen Begleitdiskursen, oft unscharf. Dies ist insbesondere problematisch vor dem Hintergrund, dass Gesundheitsförderung gesundheitliche Ungleichheiten reduzieren soll. Gesundheitsverhalten kann durch Wissensvermittlung nur in geringem Maß verändert werden, und wenn überhaupt, so vor allem bei schon veränderungsbereiten Bevölkerungsschichten, die sich durch höhere Einkommen und längere Bildung auszeichnen. Für eine sozialogenorientierte Ausrichtung von Prävention in Deutschland müssen daher verhältnispräventive Maßnahmen Vorrang haben.

1. Paradigmenwechsel in der Prävention

Mit dem Präventionsgesetz (2015) hat der Gesetzgeber einen Paradigmenwechsel in der durch die gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Prävention vollzogen: Während Präventionsmaßnahmen zuvor vor allem in Form verhaltensbezogener Individualprävention (Kursangeboten) erbracht wurden, soll seit 2016 der überwiegende Anteil der nun deutlich erhöhten Finanzmittel (mindestens 4 der 7 Euro pro Versicherten und Jahr) für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§§ 20a, 20b SGB V) verwendet werden. Hier sollten verhältnispräventive Maßnahmen Vorrang haben. Es erfordert – ganz im Sinne des neu formulierten § 20a SGB V – eine Bestandsaufnahme und Analyse, wo Ansätze für die Veränderung von Verhältnissen liegen und wie diesbezüglich notwendige gesundheitsförderliche Strukturen und Netzwerke aufgebaut werden können. Diese gesetzliche Grundlage bahnt den Weg für Präventionsmaßnahmen, die eine nachhaltige und effektive Veränderung sozialer, baulicher und kultureller Verhältnisse in verschiedenen Settings bewirken.

Hierdurch ergeben sich einerseits Chancen und ein klarer Auftrag zur Stärkung der Verhältnisprävention. Andererseits sind damit auch Herausforderungen verbunden, insbesondere bezüglich eines gemeinsamen Verständnisses, einer effektiven Konzeptualisierung und einer erfolgreichen Implementierung von Verhältnisprävention im Zusammenspiel mit einer nicht individualistisch verkürzten Verhaltensprävention.



Der gesetzliche Gestaltungsauftrag der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) im PräVG sollte von den Kassen genutzt werden, um vor allem Verhältnisprävention zu unterstützen. Diesem Anspruch stehen in der Umsetzung aber erhebliche Schwierigkeiten gegenüber, die wir in der Handreichung aus der Steuerungsgruppe des Zukunftsforums Public Health (de Bock et al. 2017) thematisiert haben und aus der sich die Forderung entwickelt hat, für die Weiterentwicklung der Prävention eine Enquete-Kommission „Prävention in Deutschland“ des Deutschen Bundestags einzurichten. In der Handreichung sind die vier nachfolgenden, immanenten Schwierigkeiten in der Umsetzung des Gestaltungsauftrags der primären Prävention durch die GKV benannt:

- 1) Die Krankenkassen haben bislang vorrangig individuell angelegte Angebote der Verhaltensprävention bereitgestellt, die für sie ein wichtiges Instrument der Versichertenakquise und -bindung und insbesondere des Marketings darstellen. Lebensweltbezogene Ansätze zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen stehen dazu in einem Spannungsverhältnis, insbesondere, wenn es sozial belastete Bevölkerungsgruppen wie Wohnungslose, Arbeitslose oder Alleinerziehende betrifft. So lässt sich auch erklären, dass viele der von Krankenkassen im Rahmen ihrer Eigenleistungen gemäß §20 Abs1 S.1 initiierten Maßnahmen weiterhin vor allem verhaltenspräventiv ausgerichtet sind.
- 2) Die Krankenkassen sind aufgrund ihrer Berichtspflicht gegenüber ihren Versicherten und den damit verbundenen Aufsichtsgremien gehalten, die Relevanz der Maßnahmen für ihre Versicherten darzulegen. Dies widerspricht prinzipiell dem Charakter von verhältnispräventiven Maßnahmen: Diese haben aus ihrer Anlage heraus einen übergreifenden, gesamtgesellschaftlichen Blick und sollen unabhängig vom individuellen Versichertenstatus allen Angehörigen der jeweiligen Lebenswelten zu Gute kommen.
- 3) Die Sozialversicherungen müssen bei der Entwicklung und Implementierung einer Nationalen Präventionsstrategie zusammenarbeiten, wobei die Leistungen in Lebenswelten von der GKV kassenübergreifend erbracht werden sollen. Dies folgt der Logik der „Krankenversicherung als Solidargemeinschaft“ nach § 1 SGB V, steht aber im Gegensatz zur gleichzeitig politisch implementierten wettbewerblichen Ausrichtungen der einzelnen Kassen.
- 4) Es fehlt ein klares, durch finanzielle Beteiligung hinterlegtes Bekenntnis der politischen Bundes- und Länderebene zur Prävention. Eine solche breitere Aufstellung der Finanzierung der Leistungen nach PräVG ist Voraussetzung für eine langfristig effektive und sektorenübergreifende Verankerung von Verhältnisprävention gemäß „Health in all policies“.

Diese Punkte können zugleich als Leitfragen für eine Expertenkommission dienen, die sich der Frage der Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland stellt.



Nachfolgend werden dafür zunächst als Ausgangslagen Public Health-bezogene Inhalte des Koalitionsvertrages sowie die bisherigen Erfahrungen mit Enquete-Kommissionen dargestellt.

2. Koalitionsvertrag 2018

Im Koalitionsvertrag CDU – CSU – SPD vom 7. Febr. 2018 ist lediglich die Einrichtung einer Enquete-Kommission zur Bekämpfung des Fachkräftemangels vereinbart. Es finden sich im Vertrag jedoch einige Anknüpfungspunkte für Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention, wie die nachfolgende Übersicht zeigt:

Public Health-relevante Vorhaben gemäß Koalitionsvertrag CDU – CSU – SPD vom 7. Febr. 2018

- Enquete-Kommission „Stärkung der beruflichen Bildung zur Sicherung des Fachkräftebedarfs“ (ab 2018)
- Expertenkommission zur Verbesserung der Situation von Kindern psychisch kranker Eltern (ab 2018)
- Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung
- 2019: Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes (nach Vorlage und Bewertung des im Juli 2019 vorzulegenden Präventionsberichts der Nationalen Präventionskonferenz)
- Forschungsförderung zur Demenz, zu psychischen Erkrankungen, Lungenerkrankungen, Immunerkrankungen, Kinder- und Jugendmedizin und zur Prävention
- Forschungsförderung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin
- Ausbau der Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung
- Masterplan Medizinstudium 2020 zur Stärkung der Allgemeinmedizin und Einführung einer Landarztquote
- Stärkung des ÖGDs, der Patientenrechte, der Gesundheitskompetenz, der Prävention
- Einführung eines Nationalen Gesundheitsportals
- der Prävention chronischer Erkrankungen, kindlichen Übergewichts
- Bekämpfung Drogenmissbrauch, Tabak- und Alkoholprävention, Kindeswohlförderung bei elterlichen Suchterkrankungen
- Prävention von internationalen Pandemien
- flächendeckende Gesundheits- und Pflegeversorgung als Maßnahmen der Daseinsvorsorge

Es gibt also tatsächlich aktuell zahlreiche Anknüpfungspunkte, auch wenn der konkrete Bezug zum Präventionsgesetz nach Willen der Regierungskoalition zunächst herausgeschoben werden wird.



Enquete-Kommissionen werden zwar grundsätzlich nicht von der Regierung eingesetzt, sondern auf Antrag von mindestens einem Viertel der Abgeordneten. Dieses Quorum ist jedoch von den Oppositionsfraktionen kaum zu erreichen, insbesondere wegen der Verabredung, keine gemeinsamen Beschlüsse mit der AFD-Fraktion zu treffen.

Schon gegen Ende der vorangegangenen Legislaturperiode hat der Bundestag am 22. Juni 2017 einstimmig beschlossen, die Bundesregierung aufzufordern, eine Expertenkommission „Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern“ einzurichten (BT-Drucksache 18/12780).

Es handelt sich dabei um eine zeitlich befristete interdisziplinäre Arbeitsgruppe unter Beteiligung des Familien-, des Sozial- und des Gesundheitsministeriums, relevanter Fachverbände und -organisationen sowie weiterer Sachverständiger, die im März 2018 erstmals getagt hat. Die Arbeitsgruppe soll einvernehmlich Vorschläge zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist, erarbeiten. Dabei soll sie auch auf die Auswirkungen und Möglichkeiten des Präventionsgesetzes eingehen.

3. Enquete- Kommissionen im Deutschen Bundestages

Eigene Expertenkommissionen des Bundestags können durch einen entsprechenden Parlamentsbeschlusses für eine Enquete-Kommission eingerichtet werden. Enquete-Kommissionen (von französisch enquête, „Untersuchung“) sind vom Deutschen Bundestag oder von einem Landesparlament eingesetzte überfraktionelle Arbeitsgruppen, die langfristige Fragestellungen lösen sollen, in denen unterschiedliche juristische, ökonomische, soziale oder ethische Aspekte abgewogen werden müssen. Um eine Enquete-Kommission auf Bundesebene einzusetzen, muss mindestens ein Viertel der Mitglieder des Deutschen Bundestages zustimmen.

Eine solche Kommission besteht aus Abgeordneten aller Fraktionen und aus Sachverständigen als gleichberechtigte Mitglieder. Sie sollen Entscheidungen über umfangreiche und bedeutsame Sachkomplexe vorbereiten. Jeder Enquete-Kommission ist i. d. R. ein Sekretariat mit wissenschaftlichem Fachpersonal zugeordnet, das redaktionell die terminliche und inhaltliche Arbeit koordiniert sowie an der Erstellung von Dokumenten und Publikationen mitarbeitet. Neben Sitzungen der Kommission gibt es auch öffentliche und nicht-öffentliche Anhörungen mit Enquetefremden Sachverständigen und Vertretern der Ministerien und Bundesbehörden.

Seit 1971 bis heute gab es 27 Enquete-Kommissionen zu folgenden Themen:

- Psychiatrie (1971–1979)
- Verfassungsreform (1973–1978)
- Auswärtige Kulturpolitik (1973–1977)



- Frau und Gesellschaft (1973–1981)
- Neue Informations- und Kommunikationstechniken (1981–1986)
- Jugendprotest im Demokratischen Staat (1981–1983)
- Zukünftige Kernenergie-Politik (1979–1983)
- Chancen und Risiken der Gentechnologie (1984–1992)
- Technologiefolgenabschätzung (1984–1989)
- Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung (1987–1993)
- Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung (1987–1992)
- Vorsorge zum Schutz der Erdatmosphäre (1987–1995)
- Zukünftige Bildungspolitik - Bildung 2000 (1987–1994)
- Aufarbeitung von Geschichte und Folgen der SED-Diktatur (1992–1994)
- Schutz des Menschen und der Umwelt (1992–1998)
- Überwindung der Folgen der SED-Diktatur im Prozess der deutschen Einheit (1995–1998)
- Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik (1992–2002)
- Sogenannte Sekten und Psychogruppen (1996–1998)
- Zukunft der Medien in Wirtschaft und Gesellschaft (1996–1998)
- Recht und Ethik der modernen Medizin (1. Kommission) (2000–2002)
- Ethik und Recht der modernen Medizin (2003–2005)
- Globalisierung der Weltwirtschaft (1999–2002)
- Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements (1999–2002)
- Nachhaltige Energieversorgung unter den Bedingungen der Globalisierung und der Liberalisierung (2000–2002)
- Kultur in Deutschland (2003–2007)
- Internet und digitale Gesellschaft (2010–2013)
- Wachstum, Wohlstand, Lebensqualität – Wege zu nachhaltigem Wirtschaften und gesellschaftlichem Fortschritt in der Sozialen Marktwirtschaft (2010–2013)

Einige dieser Enquete-Kommissionen – beispielsweise die Psychiatrie-Enquete, die Enquete zu Jugendprotesten oder zu AIDS – gelten als überaus erfolgreich, insofern sie für veränderte gesellschaftliche, politische und gesetzgeberische Orientierungen inhaltliche Grundlagen geschaffen haben. Andere hingegen haben zwar ebenfalls wichtige Fragestellungen aufgeworfen, aber weniger Konsens als mitunter eher Verwirrung gestiftet. Interesse und Bereitschaft zur Einsetzung von Enquete-Kommissionen im Deutschen Bundestag ist in den vergangenen Legislaturperioden daher deutlich gesunken.



4. Weitere Möglichkeiten von Expertenkommissionen

Allerdings gibt es neben Enquete-Kommissionen zahlreiche weitere Optionen wissenschaftlicher Politikberatung im politisch-parlamentarischen Umfeld, von denen nur einige wenige nachfolgend beispielgebend aufgelistet sind:

- Berichte/ Jahresgutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
- Berichtsaufträge im Rahmen des Kinder- und Jugendberichts, des Armuts- und Reichtumsberichts, des Familienberichts u.ä.
- Anhörungen im Gesundheitsausschuss
- Einrichtung/ Wiederbelebung des Runden Tisches Prävention
- Formale Beauftragung zur Gesundheitszielformulierung sowie Aufnahme neuer Gesundheitsziele ins SGB V wie das Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt (veröffentlicht 2017) oder das Gesundheitsziel Patientensicherheit (aktuell in Vorbereitung)
- Ausschreibungen von Programmen
- Vergabe von Expertisen

Noch deutlich weiter ziehen sich die Optionen, wenn auch Expertisen angedacht werden, die von Interessenverbänden, Stiftungen oder anderen Nichtregierungsorganisationen in Auftrag gegeben werden können. Ein gutes Beispiel dafür ist die 1998 eingerichtete „Kommission Mitbestimmung“ der gewerkschaftsnahen Hans-Böckler-Stiftung und der Bertelsmann-Stiftung in Abstimmung mit den Deutschen Arbeitgeberverbänden und dem Deutschen Gewerkschaftsbund sowie die nachfolgende gemeinsame Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ unter Vorsitz des Bielefelder Gesundheitswissenschaftlers Bernhard Badura, die 2002 die richtungsweisende Studie „Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik“ vorlegen konnte.

Auch der 2006 von der Friedrich Ebert-Stiftung eingesetzte Expertenkommission zur Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland gelang es, zuvor aufgetretene Differenzen in der Public Health-Community über das Verhältnis und eine notwendige Abgrenzung der Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention beizulegen und einen neuen Anlauf für ein Präventionsgesetz zu initiieren.

In wesentlich geringerem Umfang finanziert, konnten auch Studien der Bundesvereinigung für Gesundheitsförderung und Prävention u.a. zur Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention sowie zu lebensphasenbezogenen Ansätzen (mit sog. „Statuskonferenzen“) Impulse setzen und nachfolgende Diskussionen rahmen.



5. Fragestellungen für Expertenkommissionen

Noch wichtiger als die Frage der Trägerschaft entsprechender Fachgespräche, Expertisen oder auch Expertenkommissionen erscheint die inhaltliche Stoßrichtung einer Kommission. Im Rahmen des Workshops beim Kongress Armut und Gesundheit wurden hier die nachfolgenden drei Varianten diskutiert.

5.1. Pragmatischer Ansatz: Prüfung der Umsetzung des PräVG

Die erste Variante bezieht sich auf die unmittelbare Überprüfung der aktuellen Präventionspolitik, in dem die Neuregelungen durch das Präventionsgesetz von 2015 auf den Prüfstand gestellt werden. Sie bedient damit eine unmittelbare Anforderung an die Politik, die Auswirkungen von Gesetzen zu überprüfen. Naheliegender Weise wird dies vor allem von Oppositionsparteien mit hohem Engagement verfolgt, während amtierende Regierungen hier eher zu Langmut neigen. So formulierten die Bundestagsfraktion von Bündnis 90/ Die Grünen am 30. August 2017 in einer Kleinen Anfrage an die Bundesregierung insgesamt 45 detaillierte Fragen zur Umsetzung des Präventionsgesetzes (BT-Drucksache 18/13504). Die Bundesregierung antwortete hier schon am 21. September (BT-Drucksache 18/13612) eher lapidar und verwies überwiegend darauf, dass angefragte Daten sowie Praxiserfahrungen und –einschätzungen noch nicht vorliegen. Es findet sich in dieser Antwort bereits die später auch im Koalitionsvertrag aufgenommene Formulierung, dass zunächst der 1. Präventionsbericht im Sommer 2019 abgewartet werden solle.

Wesentliche Fragen zur Überprüfung des Präventionsgesetzes könnten u.a. die nachfolgenden sein:

- Ist der Paradigmenwechsel von der Verhaltens- zur Verhältnisprävention in der Praxis angekommen? Drückt sich der Paradigmenwechsel an wesentlichen Indikatoren wie Mittelverwendung, Konzeptentwicklung oder in Praxisberichten aus?
- Wird der verhältnispräventive Anspruch zur gesundheitsförderlichen Strukturentwicklung gemäß § 20a SGB V (Bestandsaufnahme, Beteiligung der Betroffenen, Maßnahmenentwicklung und Unterstützung bei der Maßnahmenumsetzung) eingelöst?
- Erfolgt Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten in kassenübergreifender Leistungserbringung, wie es § 20 Abs. 4 SGB V als Soll-Bestimmung vorschreibt, oder dominieren weiterhin Programmlinien einzelner Kassen?
- Tragen die angebotenen Leistungen zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheiten bei, oder sind sie weiterhin eher auf Mittelschichtangehörige orientiert und vergrößern daher eher die Ungleichheit?
- Wie funktioniert die gesetzliche normierte GKV-Beauftragung der BZgA gemäß § 20a Abs. 3 und 4 SGB V? Wie und wofür werden die Mittel verwendet? Hat sich der – nach



Kassenangaben – in 2018 auf 100 Mio. € angehäufte Überschuss von nicht verausgabten Finanzmitteln inzwischen reduziert?

- Wie ist die Nationale Präventionsstrategie der Bundesrahmenempfehlungen (1. Säule) und des Präventionsberichts (2.Säule) zu bewerten? Wie wird sie umgesetzt?
- Erfüllen die Landesrahmenvereinbarungen der Bundesländer die vorgegebenen Mindestanforderungen hinsichtlich Beteiligung und Kooperationen? Welche Steuerungsgremien sind in den Ländern eingerichtet? Wie nutzen und arbeiten sie mit den etablierten Einrichtungen zusammen, oder wurden neue (Doppel-) Strukturen geschaffen?
- Erfüllt die bisherige Form der virtuellen Beratung die Vorschrift zum flächendeckenden Aufbau regionaler Koordinierungsstellen der Betrieblichen Gesundheitsförderung? Inwieweit wird das Ziel der verstärkten Einbindung von Klein- und Mittelunternehmen umgesetzt?
- Hat sich durch die neuen Zertifizierungsbestimmungen die Qualität der Präventionskurse verbessert? Kommt der GKV-Spitzenverband seiner Verpflichtung zur Transparenz über alle Kurse mit seiner Linkliste auf die Homepages der einzelnen Krankenkassen ausreichend nach?
- Inwieweit und in welcher Form werden die Gesundheitsziele nach § 20 Abs. 3 SGB V in der Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention berücksichtigt?
- Welche Hindernisse und welche konkreten Erfahrungen gibt es in der Umsetzung der neuen ärztlichen Präventionsempfehlungen gemäß §§ 20, 25 und 26 SGB V?

Die Beantwortung dieser Fragen ist nicht banal, sondern vielmehr eingebettet in ein komplexes Interessenfeld. Daher werden die Fragen von den Beteiligten in aller Regel reflexhaft beantwortet. Dies betrifft sowohl die Verbände, Kostenträger und Leistungserbringer (bei der Primärprävention mitunter in Personalunion) als auch die Politik (Regierung beschwichtigend, Opposition kritisch-zuspitzend).

Der Präventionsbericht 2019 wird hier nur eingeschränkt Auskunft geben können, wird er doch von den Sozialversicherungen als den Trägern der Nationalen Präventionskonferenz selber verantwortet. Insofern ist eine unabhängige wissenschaftliche Bearbeitung der genannten Fragestellungen von hoher Bedeutung.

5.2. Perspektivischer Ansatz: Public Health Ziele für PräVg-Erweiterung

Während der unter 5.1. dargestellte pragmatische Ansatz auf den unmittelbaren Abgleich der Ziele des Präventionsgesetzes mit der Zielerreichung orientiert, überschreitet ein perspektivischer Ansatz die Vorgabe. Dabei werden die Fragen der praktischen Umsetzung zwar ebenfalls bilanziert. Darüber hinaus wird aber insbesondere darauf abgezielt, welche ergänzenden gesetzlichen



Regelungen notwendig sind, um Gesundheitsförderung und Prävention besser umzusetzen. Eckpunkte, die in einem solchen Horizont bearbeitet werden sollten, wären beispielsweise die Nachfolgenden:

- Wie kann eine stärkere wissenschaftliche Ausrichtung und Fundierung der Präventionsangebote erfolgen?
- Wie kann die Leistungserbringung in der Primärprävention von der Wettbewerbsorientierung der einzelnen Krankenkassen abgekoppelt werden?
- Wie kann eine Ausrichtung auf vulnerable Gruppen und sozial Benachteiligte realisiert werden?
- Welche Schwerpunktsetzungen (z.B. hin zu kommunaler Gesundheitsförderung, zur prioritären Berücksichtigung von Kinder- und Familienarmut oder zu Gesundheitsförderung bei älteren Menschen) sind notwendig?
- Wie kann ein zentraler Akteur bzw. Fürsprecher für Gesundheitsförderung und Prävention etabliert werden? Kann der Plan der Einrichtung einer Bundesstiftung aufgegriffen werden?
- Ist dazu eine Neujustierung/ Weiterentwicklung der BZgA-Beauftragung möglich und sinnvoll in Richtung eines Nationalen Zentrum für Gesundheitsförderungs- und Präventionsforschung, analog z.B. zu der Struktur des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen?
- Wie kann die fachliche Orientierung der Nationalen Präventionsstrategie gestärkt werden?
- Wie können die Strukturen der Präventionsstrategie gestärkt werden? Wie kann die Geschäftsstelle der Nationalen Präventionskonferenz gestärkt und unabhängiger aufgestellt werden? Wie kann die Einbindung der beratenden Mitglieder der NPK sowie der Wissenschaft in die Nationale Präventionsstrategie gestärkt werden?
- Wie kann der Präventionsbericht zu einer kontinuierlichen Präventionsberichterstattung weiter entwickelt werden?
- Wie kann die Zusammenarbeit mit Frühen Hilfen verbessert werden? Welche Formen der Zusammenarbeit und Verknüpfung sind mit der BMFSFJ-Bundesstiftung "Frühe Hilfen" möglich?
- Wie kann das bundesweite Gesunde Städte-Netzwerks weiter gestärkt und als Vorbild für kommunale Gesundheitsförderung in Deutschland profiliert werden?
- Welche Möglichkeiten bestehen für ein neuerliches BMG-Begleitprogramm zum Programm „Soziale Stadt“?
- Wie kann Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten/ Verhältnisprävention als Schwerpunkt der Gesundheitsforschung gefördert werden? Wie können solche Ansätze in die Förderlinien des Innovationsausschusses des Gemeinsamen Bundesausschusses, in das neue Rahmenprogramm Gesundheitsforschung oder in die Ausschreibungen von Stiftungen,



Fachgesellschaften u.ä. eingespeist werden, damit nachfolgend wissenschaftliche Evidenz in der Primärprävention aufgebaut werden kann.

Diese Fragen sprengen die Orientierung auf das bestehende Präventionsgesetz deutlich, wenngleich sie sich darauf als Grundlage beziehen. Sie beschränken sich jedoch nicht auf Status Quo-Erfüllung, sondern implizieren bereits eine Weiterentwicklung. Dazu dient in der Perspektive einerseits die Verbesserung der Koordinierung durch Strukturbildung, andererseits die stärkere wissenschaftliche Fundierung durch entsprechende Gremien, Lehr- und Forschungskapazitäten und insgesamt durch Stärkung der Evidenzbasierung für Gesundheitsförderung und Prävention.

5.3. Visionärer Ansatz: Health in All Policies

Ein Kritikpunkt am Präventionsgesetz bezieht sich darauf, dass hier im Wesentlichen nur Sozialversicherungsrecht geregelt ist (u.a. Gerlinger 2016). Auch eine umfassende Realisierung der vielfältigen Public Health-relevanten Vorhaben der neuen Bundesregierung (gemäß Koalitionsvertrag CDU – CSU – SPD vom 7. Febr. 2018, siehe unter 2.) bedarf eines umfassenderen Ansatzes, Eine solche breite Umsetzung gesundheitsförderlicher Konzepte ist– so die Schlüsselerkenntnis der WHO, umfassend ausgedrückt u.a. in der Deklaration der 8. Weltkonferenz in Helsinki – nur als gesamtgesellschaftliche Aufgabe denkbar. Bezeichnungen für einen solchen übergreifenden Ansatz sind „Healthy Public Policy/ gesundheitsförderliche Gesamtpolitik“ (Ottawa-Charta, WHO 1986), intersektorale Gesundheitspolitik, „Whole-of-Society-Approach“ (WHO Regionalbüro Europa 2012) oder auch „Health in All Policies“, wie es im Grundlagenwerk der 8. Weltkonferenz in Helsinki (Cook, Leppo, Ollila, Peña & Wismar 2013) umfassend dargestellt wird.

Unter diesem Blickwinkel sollte eine Kommission noch breiter und grundsätzlicher ansetzen. Sie könnte dem Anspruch des HiAP beispielsweise nachkommen, in dem sie zunächst eine Bestandsaufnahme vornimmt, wesentliche Inhalte zusammen trägt, Instrumente darstellt und abschließend Rahmenbedingungen erörtert. Zentrale Fragen an eine Kommission könnten dann etwa die Folgenden sein:

a) Bestandsaufnahme

- Welche internationalen Erfahrungen zu HiAP haben sich in den letzten 20 Jahren ergeben? Als vorbildlich gelten politische Strategien in Finnland, u.a. mit dem Nordkarelien-Projekt, Kanada und Südastralien sowie weitere regionale Projekte u.a. in Thailand oder Kalifornien.



- Welche Anknüpfungsmöglichkeiten ergeben sich durch das Projekt „Global Burden of Disease“¹? Kann die Gesundheitsberichterstattung daran anknüpfen?
- Welche bundesdeutschen Bezugspunkte gibt es bereits, z.B. im Rahmen der Jahresgutachten des Sachverständigenrats, des Deutschen Ethikrats oder von Stellungnahmen der Fachgesellschaften?
- Welche praktischen und (sozial-)politischen Erfahrungen gibt es im bundesdeutschen Gesundheitswesen? Wie, wann und unter welchen Bedingungen haben sich in den anderen Politikfeldern Konstellationen („Windows of Opportunities“) eröffnet, die zu einer Öffnung und Verbreiterung des jeweiligen Handlungsfeldes geführt haben (z.B. ‚Trimm-Dich‘-Bewegung, Betriebliche Gesundheitsförderung, AIDS-Prävention der 1980er Jahre)?
- Welche gesellschaftlichen Determinanten der Gesundheit sind eher zu steuern, welche sind besonders schwierig zu beeinflussen? Wie können insbesondere die sozialen Determinanten adressiert werden?
- Welche erfolgreichen HiAP-Ansätze und Projekte gibt es bereits in Deutschland auf der regionalen Ebene (z.B. Kommunale Gesundheitskonferenzen, Präventionsketten)? Wie gestalten sich entsprechende Konzepte in den Bundesländern?
- Was kann von anderen Politikfeldern in der Adaption intersektoraler Strategien gelernt werden, z.B. aus dem Umweltbereich (Lokale Agenda, Nachhaltigkeitsstrategien), dem Verbraucherschutz, der Frauen- und Gleichstellungspolitik, der Stadtentwicklung (von der Charta von Athen bis zum Programm Soziale Stadt), der Innenpolitik (Prävention von Kriminalität), aus der Kinder- und Jugendhilfe (u.a. Frühe Hilfen) oder der Integration von Geflüchteten?

b) Inhaltliche Ausrichtung

- Wie kann Chancengleichheit als zentrale Herausforderung des Gesundheitswesens umfassend etabliert und „durchbuchstabiert“ werden?
- Wie kann Umweltgerechtigkeit breiter thematisiert werden? Wie kann die gesundheitliche Belastung im Wohnumfeld sozial Benachteiligter reduziert und auch ihnen das Recht auf gesunde Umwelt- und Lebensbedingungen gesichert werden?

¹ Das Global Burden of Disease (GBD-Studie) wurde 1992 von der Harvard School of Public Health, der Weltgesundheitsorganisation und der Weltbank ins Leben gerufen. Das Projekt hat sich die Regionen und Bevölkerungsgruppen differenzierte Quantifizierung von Todesfällen, Krankheit, Behinderung und Risikofaktoren zur Aufgabe gemacht mit dem Ziel, diese Gesundheitsdaten an die Politik zur darauf abgestimmten Prioritätensetzung heranzutragen.



- Wie kann HiAP sich als nutzerorientiertes Konzept etwa auf die Gesundheitsförderung im Lebenslauf ausdrücken? Wie kann es einen breiten Ansatz der Gesundheitsförderung/Verhältnisprävention für Menschen in schwierigen Lebenslagen ermöglichen?
- Kann dadurch Gesundheitsförderung, Ressourcenorientierung und „salutogenes Denken“ als Querschnittsanforderung an alle gesundheitlichen und sozialen Versorgungssysteme verankert werden?
- Wie können (regionale/ überregionale/ internationale) Erfahrungen mit präventionsbezogenen Schwerpunkten wie dem Nichtraucherschutz, der Alkoholprävention oder auch gesunder Ernährung (Ampelkennzeichnung, Zuckersteuer) als gemeinsame Ansätze gebündelt werden? Wie können solche Präventionskampagnen als Teil einer HiAP entwickelt werden?

c) Instrumente

- Wie können die „Health Impacts“ der verschiedenen Politikbereiche (Wirtschaft, Arbeitsmarkt, Einkommen, Stadtentwicklung, Sozial-, Bildungs-, Wohnungs-, Verkehrspolitik ...) analysiert und so aufbereitet werden, dass sich Anknüpfungspunkte ableiten lassen für eine künftige systematische, politikfeldübergreifende Berücksichtigung?
- Welche Erfahrungen gibt es mit Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen/ Health Impact Assessments? Wie können sie zu einem Regelsystem werden, das eine verstärkte Berücksichtigung gesundheitlicher Auswirkungen bewirkt?
- Welche Erfahrungen gibt es mit Gesundheitszielen von WHO, auf Bundes-, Länder- und regionaler Ebene?
- Welche weiteren Instrumente, Strategien und Methoden zur Entwicklung von Gesundheitsförderung in allen Politikbereichen (z.B. Netzwerkbildung, Einrichtung von Ombudsstellen oder Unterstützungsbüros, Themenpatenschaften, Partizipation, Patientenorientierung und Selbsthilfeförderung, Initiierung von Bündnissen) haben sich bislang bewährt, welche weniger?

d) Politische und rechtliche Umsetzungsstrategien

- Welche formalen Voraussetzungen, etwa rechtlicher und struktureller Art, braucht es für eine HiAP? Wer kann Lobbyist sein für die Gesundheit der Bevölkerung?
- Kann der Settingansatz/ Gesundheitsförderung in Lebenswelten (§§ 20a und 20b des SGB V) bereits in diese Richtung wirken? Wie müssten die Regelungen bzw. die Umsetzung ausgestaltet werden, um sich diesem Anspruch zu nähern?
- Bedarf es eines eigenständigen Gesetzes für HiAP, etwa eines Gesundheitsförderungsgesetzes als weiteres, 13. Sozialgesetzbuch (SGB XIII)? Welche



Steuerungsmöglichkeiten würde ein solches übergreifendes Sozialgesetzbuch beinhalten?
Was sind aber auch die möglichen Nachteile und Schnittstellenprobleme?

- Wie kann Gesundheit als Leitziel in anderen Politikbereichen implementiert werden? Wie können Erfahrungen mit entsprechenden Anforderungen zur Gesundheitsförderung in anderen Regelungen, etwa im SGB VIII (§§ 16 und 45), in Landesgesetzen und Kommunalverfassungen, ausgewertet und als Modelle profiliert werden?

Antworten auf diese Fragen können zu einer Art Rahmenkonzept gebündelt werden für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik in Deutschland. Insofern gehen sie weit über die beiden erstgenannten (pragmatischen und perspektivischen) Ansätze hinaus. Zugleich sollten sie jedoch das Präventionsgesetz und seine Umsetzung als einen konkreten Baustein zu HiAP berücksichtigen. Zu fragen ist dann jeweils danach, inwieweit die bereits im Rahmen des PrävG entwickelten Maßnahmen zur Verminderung oder aber zur Vergrößerung der Ungleichheit in der Gesundheit führen.

5. Ausblick: Konzepte für Weiterentwicklung gesucht!

Der vorliegende Beitrag hat aufgezeigt, dass hinsichtlich des Präventionsgesetzes, aber auch weit darüber hinaus, zahlreiche Fragen ungeklärt sind bzw. weiterer Bearbeitung bedürfen. Ausgangspunkt ist dabei die – fachlich untermauerte, politisch geforderte und finanziell hinterlegte – Erwartung an das Präventionsgesetz, den Paradigmenwechsel von der Verhaltens- zur Verhältnisprävention einzuleiten.

Bisherige Erfahrungen zeigen, dass die neuen gesetzlichen Bestimmungen in der Praxis vielfach noch nicht angekommen sind. Vielmehr gibt es schon im grundlegenden Verständnis und der Abgrenzung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention prinzipielle Schwierigkeiten. Solche Schwierigkeiten bestehen nicht nur in der Umsetzung, sondern auch bereits in der Steuerung bei Leistungserbringern und Kostenträgern, mitunter sogar in Diskursen in Public Health, öffentlicher Gesundheit und Gesundheitswissenschaften. Auch hier verwischen sich mitunter die Bereiche. Ein deutlicher Ausdruck davon ist das überstrapazierte Begriffspaar der „kombinierten Verhaltens- und Verhältnisprävention“, das häufig eher als Legitimation für bekannte verhaltenspräventive Maßnahmen zu dienen scheint denn als tatsächlich kombinierte Ausrichtung im Sinne des Mottos „Make the healthier way the easier way“ der Ottawa-Charta.

Insofern ist der Bedarf an wissenschaftlicher Prüfung und Fundierung für Gesundheitsförderung und Prävention evident. Tatsächlich wurden in den vergangenen Legislaturperioden bereits eine Vielzahl an Enquete-Kommissionen eingerichtet, insbesondere durch den Deutschen Bundestag.



Enquete-Kommissionen, die sich aktuellen *und* konkreten Fragestellungen widmeten, gelten hier als erfolgreich; andere jedoch konnten keine substanziell neuen Erkenntnisse generieren und verstrickten sich mitunter in kleinteiligen Gegensätzen innerhalb der Kommissionen.

Dies bremst das Engagement zur Einrichtung weiterer Enquetekommissionen, nebst der in der aktuellen Koalitionsvereinbarung verabredeten Enquete zum Fachkräftemangel.

Allerdings sind auch andere Formen von Expertenkommissionen grundsätzlich in der Lage, entsprechende Fragestellungen zu bearbeiten und Ausarbeitungen vorzunehmen, wenngleich sie strukturell oft weniger komfortabel ausgerichtet sind, was die Arbeit für Kommissionen erschwert.

Über die Frage der Rahmenbedingungen möglicher Expertenkommissionen sollte aber nicht in Vergessenheit geraten, welche konkreten Fragestellungen den Kommissionen aufgegeben werden. Hier kann unterschieden werden nach einem pragmatischen, einem perspektivischen und einem visionären Ansatz. Bei genauer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass sich die Fragestellungen durchdringen und prinzipiell von allen drei Kommissionsaufträgen bearbeitet werden sollten. Hier könnte es auch zu parallelen Arbeitsprozessen kommen, idealer Weise durch zwei oder mehr Kommissionen. Alle genannten Fragestellungen verdienen es, eingehend, systematisch und wissenschaftlich durchdrungen zu werden.

Prof. Dr. Raimund Geene

Alice Salomon Hochschule

Berlin School of Public Health

Alice Salomon Platz 5

12 627 Berlin

geene@ash-berlin.de

www.ash-berlin.de

<https://bsph.charite.de>