

Prüfsteine für eine Politik der Gesundheitsförderung – Anforderung an ein Präventionsgesetz

Einführung: Bernd Röhrle

Diskussion: Bernhard Scholten, Manfred Zaumseil,
Ute Sonntag, Heiner Keupp (Moderation)



**Gesundheitsförderung
als Stärkung von
Widerstandsressourcen:
Für mehr soziale Gerechtigkeit**

**Jahrestagung der GGFP
19.06. bis 20.06.2009
in München**

Prüfsteine für eine Politik der Gesundheitsförderung – Anforderung an ein Präventionsgesetz

- Internationale Ausgangspunkte
- Stationen der Entwicklung des Präventionsgesetzes
- Der Entwurf von 2007
- Einschätzungen und Desiderate
- Einige zentrale Thesen

Prüfsteine für eine Politik der Gesundheitsförderung

– Anforderung an ein Präventionsgesetz

Internationale Ausgangspunkte

(Weinbrenner, S., Wörz, M. Busse, R. (2007). *Gesundheitsförderung im europäischen Vergleich*. Bonn: Kompart.)

- In 16 EU Ländern (auch Schweiz) liegen Initiativen vor.
 - Hauptgründe: Internationales und schichtspezifisches Auseinandertriften der Überlebenschancen (vgl. Weinbrenner et al. 2007)
 - Vielfach Schwerpunktprogramme (z.B. Ernährung und Bewegung)
 - Trend zur Evidenzbasierung und Qualitätssicherung

Prüfsteine für eine Politik der Gesundheitsförderung
– Anforderung an ein Präventionsgesetz
Internationale Ausgangspunkte

- Präventionsgesetze:
 - Österreich (1998):
 - über Strukturförderung per Projekte über Nationalen Fond
 - stark über Krankenversicherung und Öffentlichen Gesundheitsdienst definiert
 - regionale Vorsorgearbeitskreise
 - Schweden (2003):
 - Public Healthgesetz: gesunde Umwelt (auch Arbeit)
 - gesundheitsförderliche Versorgung,
 - gute Entwicklungsbedingungen für Kinder und Jugendliche
 - Lebensstile (Ernährung, Bewegung, sichere Sexualität, <Drogen)
 - Frankreich (2004):
 - Public Healthgesetz:
 - auf relevante Krankheiten konzentriert (z.B. Krebs)
 - Gesundheitsverhalten und Umweltbelastungen
 - Versorgungsstrukturen (z.B. Screening)
 - Gesundheitsmonitoring und Public-Health Expertisen
 - BRD: →

Stationen der Entwicklung des Präventionsgesetzes



- 1989** Gesundheitsstrukturgesetz: § 20
Revisionen (1992: Selbsthilfe, 2000: Arbeitswelt)
- 18. 02. 2005** Lesung des Gesetzentwurfs (SPD/Bündnis 90/Die Grünen (BT-Drucksache 15/4833) vom 15. 2. 2005)
- 18. 03. 2005** Bundesrat auf Antrag des Freistaates Sachsen: Überarbeitung verlangt (wegen finanzielle Folgen für Länder)
- 22. 04. 2005** Gesetz gegen die Stimmen der Opposition verabschiedet
- 27. 05. 2005** Bundesrat: Anruf des Vermittlungsausschuss (VA)
- 29. 06. 2005** VA beschließt das Gesetz zu vertagen (Gesetz nicht mehr in dieser Legislaturperiode verabschiedbar)

Stationen der Entwicklung des Präventionsgesetzes



29. 06. 2006 "Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006":
Präventionsgesetz soll kommen
03. 07. 2007 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im
Gesundheitswesen formuliert Notwendigkeit,
Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken
Ulla Schmid bestärkt
- ?? . 10. 2007 Eckpunktepapier für ein Präventionsgesetz (BMG):
grundsätzliche Positionen bleiben
Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung →
CDU: Nationaler Rat für Prävention als Alternative
14. 11. 2007 CDU bricht Gespräche ab
27. 11. 2007 Oppositionsparteien beantragen Neuauflage des
Gesetzes
16. 04. 2009: APK, GNMH, Verband der Psychiatrieerfahrenen,
DGVT, GGFP (?) ebenso

Referentenentwurf (23. 11. 2007)



Ziele

- Wirtschaftskraft, Innovationsfähigkeit, Leistungsfähigkeit, Entfaltungsmöglichkeiten, Beschäftigungsfähigkeit
Lebensqualität, Eigenverantwortung
- Eigenverantwortung, Wissen, Verhalten
- Orientierung:
 - überwiegend pathogen und risikenorientiert
 - Psychische Gesundheit kommt einmal vor
- Kindheit bis Tod
- sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit
- notwendige Ausrichtung der Sozialversicherungen auf die Förderung der Gesundheit und die Vermeidung von Erkrankungen (Paradigmenwechsel) ohne gesamtgesellschaftliche Verantwortung

Referentenentwurf (23. 11. 2007)

Lösungen/Maßnahmen



- eigenständige Säule im Gesundheitswesen
- Träger der Leistungen und Maßnahmen sind die gesetzliche Krankenversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung sowie die soziale Pflegeversicherung.
- Kooperation
- Festlegung von Qualitätsanforderungen, Qualitätssicherung
- Aufklärungskampagnen, Beratung
- Lebensumfeld/Lebenswelten der Versicherten (eher Prävention GSF in Lebenswelten angedacht, Erreichbarkeit (§ 8), Aufbau von Einrichtungen (KITA etc.)
- Modellvorhaben

Referentenentwurf (23. 11. 2007)



Träger von Leistungen zur gesundheitlichen Prävention

- die gesetzlichen Krankenkassen,
- die private Krankenversicherung
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und die Träger der Alterssicherung der Landwirte,
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- die Träger der sozialen Pflegeversicherung,
- der Nationale Präventionsrat nach § 4, (Bund, Länder und kommunale Spitzenverbände)
 - Beirat: u.a. BÄK, Thpkammer, DGB
 - Bestimmt Ziele
 - 7 Jahres Perspektive
 - Berichterstattung /mit Gesundheitsberichtserstattung (RKI)
- der Präventionsrat Land nach § 7. (Verknüpfung mit Leistungsträger)

Referentenentwurf (23. 11. 2007)

Finanzierung



- Mehrkosten durch Gesundheitsberichterstattung : 170 Tsd. € bis 250 Tsd, Rest sei gegenfinanziert
- GKV: 250 Millionen
- RV: 0 Millionen
- weitere Sozialversicherungen: 14,3 Millionen
- Ausgabenmenge/Versicherter
 - die gesetzlichen Krankenkassen 1,65 €,
 - die sozialen Pflegekassen 0,16 €,
 - die Träger der allgemeinen Rentenversicherung 0,85 €,
 - die Träger der Alterssicherung der Landwirte 0,85 €,
 - die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung 0,29 €

Rückmeldungen zum Entwurf von 2007 und Neuforderungen



- Orientierung:
 - Mehr auf psychische Gesundheit abheben,
 - noch zu medikalisiert,
 - interdisziplinär,
 - salutogenetisch und an Menschenrechten orientiert,
 - Ressourcenorientiert, Kompetenzen und Entwicklungsmöglichkeiten
 - Betonung der Eigenverantwortung,
 - Vernachlässigung des Sozialen, zivilgesellschaftlichen, (Ehrenamt, Selbsthilfe)
 - Autonomie und Selbstbestimmung

Rückmeldungen zum Entwurf von 2007 und Neuforderungen



- Struktur
 - Größere Trägerbreite gewünscht (auch ÖGD)
 - Statt Nationaler Präventionsrat: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)
 - Vernetzung
 - Partizipation
(u.a. bezirkliche bzw. stadtteilorientierte Gesundheitskonferenzen)

Rückmeldungen zum Entwurf von 2007 und Neuforderungen



- Finanzierung
 - AFG und andere SGB
 - Mehr Geld (500 Mill),
 - auch Steuern finanziert (z.B. Alkohol, Nikotin),
 - umgeschichtet aus kurativem rehabilitativem Bereich,
 - an internationalen Standards orientiert

Rückmeldungen zum Entwurf von 2007 und Neuforderungen



- Maßnahmen
 - Mehr Gender und soziale Ungleichheit als Thema, allg. Gruppen spezifische Diversifikation
 - Intersektorale Maßnahmen
 - Mehr problemlagenspezifisch
 - Mehr Setting- und echte Lebensweltorientierung
 - Mehr Arten der Prävention berücksichtigen
 - Partizipation

Einige zentrale Thesen



1. Die gesetzlichen Bemühungen sind kein Paradigmawechsel, sondern alte und zugleich minimalisierte, d.h. auch individualisierende Sozialpolitik, die auf internationalem Druck, auf gewachsene Kosten und mögliche Entwicklung in Richtung eines sozialen Unfriedens reagieren.
2. Damit ist Hoffnung vieler mit einem solchen Gesetz soziale Gerechtigkeit, Menschenwürde, Selbstbestimmung, Entfaltung, Nachhaltigkeit der Lebensgrundlagen erhalten und entwickeln zu können reine Illusion

Einige zentrale Thesen



3. Eine Reduktion der Finanzierung auf das SGB, selbst bei ausgeweiteter Basis, ist fehlgeleitet, weil Individualisierungs- und Finalisierungsprinzip tragend sind; gesamtgesellschaftliche Verantwortlichkeit und auch entsprechende Veränderungen bleiben außen vor.
4. Ein Präventionsgesetz ohne Nationalem und Internationalem Handlungsplan, getragen von allen gesellschaftlichen Gruppen, ist sinnlos; ein solcher Plan ist vielleicht wichtiger als ein Gesetz überhaupt.
5. Ein solcher Plan muss Bestandteil einer gesamtgesellschaftlichen Entwicklung sein, die den spätkapitalistischen Strebungen ein Ende bereitet, mehr Basisdemokratie wagt und die Vergesellschaftung u. a. der Bereiche im Auge hat, die als pathogen gelten oder deren Ressourcen ungleich verteilt sind.
Ein wichtiger Teil muss dabei auch Bildung und Kapazitätsbildung sein.