



20.04.2015

Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)“, Drucksache 18/4282 vom 11.03.2015

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 47 Mitgliedsorganisationen aus Fachgesellschaften, Hochschulen und anderen Institutionen, die sich mit Public Health befassen. Damit ist sie die Fachgesellschaft in Deutschland, in der die wissenschaftliche Expertise für Gesundheitsförderung und Prävention gebündelt ist.

Die DGPH hält eine Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland für zwingend notwendig und begrüßt daher, dass ein Entwurf für ein Präventionsgesetz vorliegt. Ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention muss dazu beitragen, die Lücke zwischen den auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden internationalen Empfehlungen und deren Umsetzung in Deutschland zu schließen. Die DGPH erkennt an, dass der vorliegende Entwurf wichtige Aspekte einer Gesundheitsförderung und Prävention gemäß den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgreift. Dies gilt insbesondere für

- den Ausbau von Gesundheitsförderung und Primärprävention, um das Grundrecht jedes Menschen auf eine bestmögliche Gesundheit besser gewährleisten zu können;
- die Stärkung des Settings-Ansatzes („Gesundheitsförderung in Lebenswelten“) als einer Strategie, Bevölkerungsgruppen darin zu unterstützen, die Determinanten ihrer Gesundheit zu beeinflussen und dadurch ihre Gesundheit zu stärken;
- die Verpflichtung, einen Beitrag zum Abbau sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener ungleicher Gesundheitschancen zu leisten, um das Grundrecht auf bestmögliche Gesundheit unabhängig von Herkunft, Religion, politischer Überzeugung, sowie wirtschaftlicher oder sozialer Stellung zu verwirklichen (Helsinki-Statement 2013);
- die Orientierung an epidemiologisch fundierten, konsensuellen Gesundheitszielen und an nachweislich wirksamen Maßnahmen;
- die Kooperation relevanter Akteure, insbesondere der Sozialversicherungsträger und der öffentlichen Hand.

Um diesen Anliegen zu entsprechen besteht allerdings noch Verbesserungsbedarf.

1) Gesundheit muss als Aufgabe in allen Politikbereichen verankert werden

Als Ergebnis der jüngsten Weltgesundheitskonferenz wird im Helsinki-Statement vom Juni 2013 erneut unterstrichen, dass Lebensbedingungen so verändert werden müssen, dass sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen entgegengewirkt werden kann. Die Regierungen der Mitgliedsländer werden deshalb dazu aufgefordert, Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit Priorität im politischen Handeln einzuräumen.

Dieser „Health-in-all-Policies“ Ansatz findet sich in dem von der Bundesregierung vorgelegtem und unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit entwickeltem Entwurf nicht ausreichend wieder. Er-

forderlich ist aus Sicht der DGPH ein ressortübergreifendes Vorgehen, in dem alle Bereiche des SGB an den Prinzipien der Gesundheitsförderung ausgerichtet und die privaten Versicherer verbindlich einbezogen werden. Der Bund sollte zudem eigene finanzielle Beiträge leisten und die Zusammenarbeit seiner nachgeordneten Behörden mit den Sozialversicherungsträgern und den Ländern regeln. Eine Umverteilung von Versicherungsgeldern an eine nachgeordnete Behörde, welche die damit verbundenen Aufgaben nicht sinnvoll selbst übernehmen kann, ist demgegenüber ohne erkennbaren Gewinn für die Gesundheitsförderung.

Darüber hinaus sollte im Sinne einer Health-in-all-Policy jedes politische Handeln daraufhin überprüft werden, welche Auswirkungen hierdurch für die Gesundheit der Bevölkerung zu erwarten sind und wie dieses Handeln in einer globalisierten Welt auf die der Bevölkerung anderer Länder wirkt. Eine Beeinträchtigung der Gesundheit der Bevölkerung durch Sozial-, Wirtschafts-, Bildungs-, Umwelt- oder Verkehrspolitik muss vermieden werden.

2) Der Begriff der Gesundheitsförderung muss klarer definiert und eindeutig verwendet werden

§ 20 des Gesetzentwurfs definiert Gesundheitsförderung als selbstbestimmtes gesundheitliches Handeln der Versicherten. Diese Definition berücksichtigt ausschließlich Versicherte. Nicht-Versicherte, die der Gesundheitsförderung in besonderem Maße bedürfen, sind hier nicht eingeschlossen. Gesundheitsförderung schließt zudem eine Mitwirkung der Adressaten an der Gestaltung ihrer gesundheitsbezogenen Lebens- und Arbeitsbedingungen zwingend ein. Dies wird in der Formulierung des Entwurfs nicht deutlich. Seit der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert von 1997 wird Gesundheitsförderung als ein Prozess verstanden, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit zu verbessern (vgl. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, BZgA 2011).

Betroffene sollen entsprechend an gesundheitsfördernden Organisationsentwicklungsprozessen in Settings wie Kita, Schule, Kommune oder Betrieb aktiv beteiligt werden. § 20a (1) des Entwurfes beschreibt solche Organisationsentwicklungsprozesse. Die Formulierung „Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenkassen Versicherte“ im § 20 (4) vermittelt allerdings den Eindruck, dass in Lebenswelten zwischen Versicherten und Nicht-Versicherten unterschieden werden soll und Lebenswelten lediglich als Zugang zu Versicherten genutzt werden, um diesen individuelle verhaltenspräventive Maßnahmen anzubieten. Es muss klar gestellt werden, dass mit der Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation nach § 20a (2) nicht lediglich verhaltensbezogene Interventionen, sondern primär strukturelle Veränderungen der gesundheitsrelevanten Lebens-, Entwicklungs-, Lern- und Arbeitsbedingungen forciert werden sollen. Entsprechende Veränderungen können zwar nur von den Entscheidungsträgern der Settings realisiert werden, Träger der Gesundheitsförderung können solche Prozesse aber begleiten.

Ähnlich besteht im § 20b (1) eine begriffliche Vermischung von Gesundheitsförderung im Betrieb (Individualprävention, die den Betrieb als Zugangsweg nutzt), und Betrieblicher Gesundheitsförderung, die eine gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung und den Abbau gesundheitsschädlicher Arbeitsbedingungen intendiert. Diese begriffliche Unklarheit existiert bereits im gültigen § 20a. Das neue Präventionsgesetz sollte diese Unklarheit beseitigen. Maßnahmen der Individualprävention werden bereits nach § 20 ausreichend gefördert.

Das Anliegen einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung sollte durch die explizite Nennung weiterer betrieblicher Akteure neben den in § 20b Abs. 1 aufgeführten Betriebsärzt/innen verstärkt werden. Insbesondere Personalvertretungen, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Expert/innen für psychosoziale Belastungen im Betrieb, wie Betriebssozialarbeiter/innen, Betriebspsycholog/innen haben spezifische Einblicke in die Belastungs- und Beanspruchungsstrukturen von Beschäftigten und können wertvolle Beiträge zur betrieblichen Gesundheitsförderung leisten.

3) Die Ziele für Gesundheitsförderung und Prävention sollten auf wissenschaftlicher Basis und unter Beteiligung der Betroffenen formuliert und periodisch überprüft werden

Der Gesetzentwurf benennt im § 20 (3) sieben konkrete, nationale Gesundheitsziele und schreibt diese bis zu einer Änderung des Gesetzes verbindlich fest. Zunächst sind Gesundheitsziele nicht zwingend Ziele zur Gesundheitsförderung und Prävention. Die einzelnen Gesundheitsziele unterscheiden sich stark darin, inwieweit sie Ziele für Prävention und Gesundheitsförderung benennen. Das im Entwurf explizit genannte Ziel „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“ beispielsweise enthält keine Präventionsziele, sondern lediglich Teilziele zur Früherkennung, weil keine Präventionsmaßnahmen wissenschaftlich begründbar waren.

Weiterhin ging dem Konsensprozesses, der zur Entwicklung der Ziele geführt hat, keine systematische Betrachtung des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens der Bevölkerung voraus. Die Priorisierung der Ziele kann daher nur vorläufigen Charakter haben. Ihre verbindliche Festlegung widerspricht auch der Arbeitsweise des Gesundheitszieleprozesses. Zudem werden bundesweite durch landesweite Gesundheitsziele ergänzt, in denen gut begründet andere Schwerpunkte gelegt werden können. In den einzelnen Settings können ebenfalls jeweils unterschiedliche Ziele prioritär sein.

Letztlich gehört zur guten Praxis eines gesundheitsfördernden Organisationsentwicklungsprozesses, dass Interventionsziele durch die jeweilige Bevölkerungsgruppe priorisiert werden. Dies wurde im nationalen Gesundheitszieleprozess nicht hinreichend umgesetzt. Gesundheitsziele.de verweist darauf, dass die Priorisierung des Problems aus Sicht der Bevölkerung zwar für sie ein relevantes Kriterium sei, die Studienlage dies für einen nationalen Prozess aber nicht zulasse, weil keine Erkenntnisse vorlägen, welche Ziele die Bevölkerung priorisiere (GVG 2003).

4) Die gesetzlichen Veränderungen müssen daraufhin überprüft werden, ob sie zur Verringerung sozial ungleich verteilter Gesundheitschancen beizutragen

§ 20 (5) sieht vor, dass die Krankenkasse bei individueller Verhaltensprävention ärztliche Präventionsempfehlungen berücksichtigt, die entsprechend § 25 (1) aus einer Gesundheitsuntersuchung resultieren soll. Das bedeutet letztlich, dass individuelle Verhaltensprävention sekundärpräventiv nur Personen mit diagnostizierten, speziellen gesundheitlichen Risiken angeboten werden darf. Aufgrund der Erkenntnisse über die sozial ungleich verteilte Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen ist es aber offensichtlich, dass eine solche Maßnahme das Ziel eines Beitrages zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit verfehlt.

Auch die Bonusregelungen nach § 65a (1) und (2) verstärken sozial bedingte, gesundheitliche Ungleichheit, weil sie diejenigen begünstigen, die ohnehin eher Zugang zu verhaltenspräventiven Maßnahmen haben. Bonusregelungen für Betriebe und Versicherte nach § 65a (2) favorisieren zudem individualpräventive Maßnahmen. Dies geht zu Lasten der eigentlich sinnvolleren, nachhaltigeren Organisationsentwicklung. Bonusregelungen sollten daher auf den Arbeitgeber begrenzt sein und sich nur auf solche Interventionen beziehen, die an den Abläufen und Strukturen im Betrieb ansetzen.

So positiv der Ausbau der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu werten ist, schließt diese doch zugleich erwerbslose und prekär beschäftigte Bevölkerungsgruppen aus. Gerade für diese Bevölkerungsgruppen ist aber nachgewiesen, dass sie einen subjektiv schlechteren Gesundheitszustand und eine objektiv höhere Krankheitslast aufweisen. Bereits bisher wurden Arbeitslose durch Maßnahmen der Krankenkassen unterdurchschnittlich erreicht. Der Ausbau von lebensweltbezogenen und verhältnisorientierten Konzepten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen und prekär Beschäftigten muss im Gesetz deswegen priorisiert werden. Ähnliches gilt z.B. für Wohnungslose oder für Flüchtlinge.

5) Eine stärkere Orientierung an wissenschaftlicher Evidenz ist notwendig

Das Executive Board der WHO fordert bereits seit 1998, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auf „sound evidence where feasible“ basieren sollten (WHO 1998). Auch für Prävention und Gesundheitsförderung gilt, dass gut gemeintes Handeln nicht immer zu guten Ergebnissen führt. Zwar ist unbestritten, dass die strengen, im Kontext klinischer Forschung entwickelten Evidenzmaßstäbe an Voraussetzungen des Vergleichs von Interventionen gebunden sind, die in der Gesundheitsförderung und Prävention so nicht einzufließen sind. Interventionen der Gesundheitsförderung bestehen in aller Regel aus komplexen, variablen, implementationsabhängigen und kontextsensiblen Maßnahmenbündeln. Daraus kann allerdings nicht der Schluss gezogen werden, dass die Orientierung an Evidenz hier nicht notwendig sei. Vielmehr ist eine differenzierte Herangehensweise nötig, die expliziten Bezug auf empirisch überprüfte Theorien und Modelle nimmt und die Stärken und Schwächen unterschiedlicher Studiendesigns gegeneinander abwägt (<http://epoc.cochrane.org/>; Craig et al. 2008).

Präventionsziele, unterstellte Wirkmechanismen und die zugrunde liegende Evidenz müssen explizit gemacht werden, wenn entsprechende Maßnahmen beantragt werden. Für viele Maßnahmen liegen allerdings nur wenige oder keine verlässlichen Untersuchungen vor. Vielversprechende Ansätze sollten nicht deswegen ausgeschlossen werden, sondern als Studien konzipiert werden, um die fehlenden Daten zu gewinnen. Ein modernes Präventionsgesetz sollte die Finanzierung innovativer Studien unbedingt vorsehen.

Im Gesetzentwurf sind bislang nur allgemeine Hinweise darauf zu finden, dass die Maßnahmen wirksam sein sollten, ohne dass konkretisiert wird, was damit gemeint ist und wie Wirksamkeit sichergestellt werden kann. § 20g sieht vor, dass Modellprojekte durchgeführt werden können, mit denen die „die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung“ verbessert werden sollen. Die Effizienz dürfte in der Regel aufgrund der zeitlichen Differenz zwischen Intervention und Outcome in Modellvorhaben kaum überprüfbar sein. Ein explizierter Hinweis auf die Bedeutung von Evidenz fehlt. Eine Möglichkeit ist, dass das vorgesehene Nationale Präventionsforum in seiner Geschäftsordnung beschließt, sich an Evidenzkriterien zu orientieren. Die im Gesetzentwurf in Artikel 2 (1) vorgesehene Zertifizierung für den individuellen Ansatz ersetzt dies nicht. Sie umfasst vielmehr die Überprüfung formaler Kriterien für Voraussetzungen, die in keinem zwingenden Zusammenhang zur Wirksamkeit der Intervention stehen.

Zusammenfassende Einschätzung:

Der Gesetzentwurf sieht sinnvolle Regelungen vor, bleibt aber in wichtigen Punkten hinter internationalen Empfehlungen und Standards zurück, die aus wissenschaftlicher Sicht geboten wären.

Die Deutsche Gesellschaft für Public Health empfiehlt nachdrücklich,

- den Health-in-All-Policies Ansatz umzusetzen,
- sich auf eine Veränderung der Lebensbedingungen in Settings zu konzentrieren,
- dadurch und durch die Auswahl der Settings zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit beizutragen,
- die Beteiligung der Bevölkerung bzw. der jeweils relevanten Bevölkerungsgruppen bei der Entwicklung von Zielen, Strategien, Maßnahmen und ihrer Evaluation zum Grundprinzip zu machen sowie
- einen bestmöglichen Wirksamkeitsnachweis (Evidenz) anzustreben und die Voraussetzungen durch entsprechende Forschungsförderung zu schaffen.

Vorstand der DGPH

Prof. Dr. Ansgar Gerhardus (Vorsitzender), Prof. Dr. Beate Blättner (Stellv. Vorsitzende), Prof. Dr. Gudrun Faller (Geschäftsführendes Vorstandsmitglied), Prof. Dr. Gabriele Bolte, Prof. Dr. Marie Luise Dierks, Christoph Dockweiler, Dr. Dr. Burkhard Gusy

Kontakt

Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH)
Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus, MA, MPH (Vorsitzender)
Abteilung 1: Versorgungsforschung
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Fachbereich 11
Universität Bremen
Grazer Str. 4
28359 Bremen
E-Mail: ansgar.gerhardus@uni-bremen.de