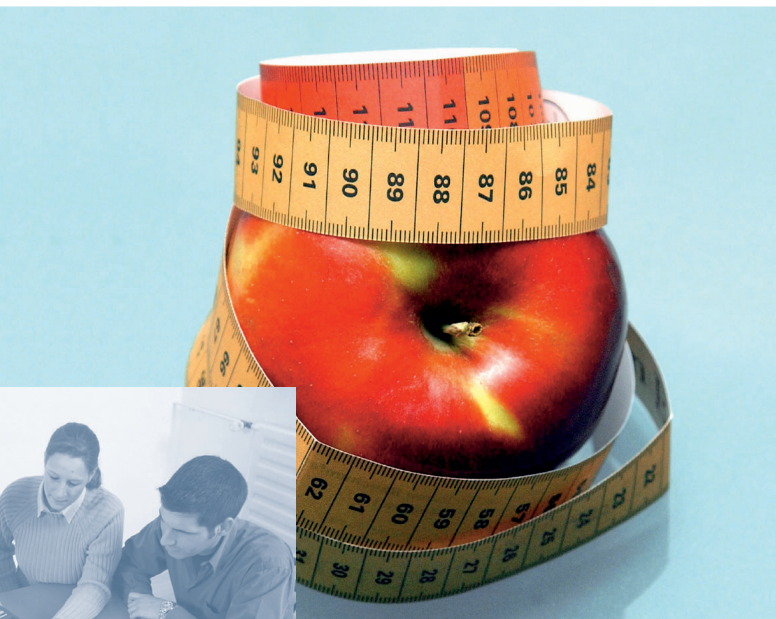


Für mehr Prävention in der Gesundheitspolitik – aber wie?

Erwartungen an ein Präventionsgesetz aus Verbrauchersicht



GESPRÄCHSKREIS **VERBRAUCHERPOLITIK**

Wirtschafts- und sozialpolitisches
Forschungs- und Beratungszentrum der
Friedrich-Ebert-Stiftung
Abt. Wirtschaftspolitik

Reihe „GESPRÄCHSKREIS VERBRAUCHERPOLITIK“

Nr. 3

**Für mehr Prävention
in der Gesundheitspolitik – aber wie?**

Erwartungen an ein Präventionsgesetz aus Verbrauchersicht

Eine Veranstaltung
der Friedrich-Ebert-Stiftung
am 9. Juni 2005
Köln

Herausgegeben vom
Wirtschafts- und sozialpolitischen
Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung
Abt. Wirtschaftspolitik
Godesberger Allee 149, D-53170 Bonn
Umschlag: Pellens Kommunikationsdesign Bonn
Fotos: bonn sequenz/vario-press, Ulrich Baumgarten/vario-press
Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei
September 2005
ISBN 3-89892-3967

Der Gesprächskreis „Verbraucherpolitik“

Der Gesprächskreis „Verbraucherpolitik“ der Friedrich-Ebert-Stiftung will den kontinuierlichen Dialog über aktuelle und grundsätzliche verbraucherpolitische Themen fördern. An ihm sollen sich Entscheidungsträger, Meinungsbildner und Experten aus Politik, Administration, Verbänden, Wirtschaft, Medien und Wissenschaft beteiligen.

Ziel ist es, die Interessen von Verbraucherinnen und Verbrauchern gegenüber Politik, Wirtschaft und Gesellschaft zu unterstützen und den Stellenwert von Verbraucherpolitik – anhaltend – zu erhöhen. Verbraucherpolitik ist eine Querschnittsaufgabe und muss in allen Politikbereichen auf nationaler und internationaler Ebene verankert und gestärkt werden. Zu den zu behandelnden Themenbereichen gehören:

- Verbraucherschutz im Bereich Gesundheit/Ernährung
- Verbraucherschutz bei Finanzdienstleistungen
- Verbraucherschutz im Bereich Bauen, Energie, Umwelt, Verkehr
- Verbraucherschutz im Bereich Medien, Telekommunikation, Post
- Verbraucherschutz in sonstigen Wirtschaftsfragen

Die Ergebnisse der Veranstaltungen werden in der Schriftenreihe „Gesprächskreis Verbraucherpolitik“ wiedergegeben.

Sprecher des Gesprächskreises ist Martin Dörmann MdB

SPD-Bundestagsfraktion, Mitglied im Bundestagsausschuss für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	
Auf einen Blick	1
Zusammenfassung und Politikempfehlungen	2
I – Unverzichtbarer Paradigmenwechsel	6
II – Prioritäten für die Prävention	8
Krankheiten und soziale Unterschiede verringern	8
Kosten einsparen	9
Fokus auf gemeinsame Präventionsziele	11
Qualitätssicherung und Effizienz	12
III – Zielgruppen erreichen	14
Implementierung des Setting-Ansatzes	14
Schlüssel Arbeitsmarkt- und Bildungspolitik	15
Kampagnen – ein erfolgreiches Präventionsinstrument	20
Ratlose Patienten	22
IV – Koordinierte Aktionen	25
Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“	25
Finanzielle Ausstattung	25
Koordinierung der Politikfelder und Vernetzung der Kompetenzen	27
Ausreichendes Engagement der öffentlichen Hand?	27
Prävention im Wettbewerb der Krankenkassen	29
Private Krankenkassen einbinden	30
Ärzte stärker einbeziehen	31
Ausblick	34
Anhang	35
Anlage 1: Konzeptpapier des BMGS "Gesund in die Zukunft – Auf dem Weg zu einem Gesamtkonzept zur gesundheitlichen Prävention"	35
Anlage 2: Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes zum Präventionsgesetz	43
Anlage 3: Praxisbeispiel „Schutzengel e.V.“	49
Abkürzungen und Erläuterungen	53
Moderation, Referenten, Tagungsplanung und -organisation, Dokumentation	54
Bisherige Publikationen / Veranstaltungen zu verbraucherpolitischen Themen	55

Vorwort

Das deutsche Gesundheitswesen ist bislang allzu einseitig auf die Behandlung bereits eingetretener Krankheiten ausgerichtet. Prävention spielt nur eine untergeordnete Rolle. Um dies zu ändern, will die Bundesregierung die Prävention stärken und dadurch einen Paradigmenwechsel einleiten. Prävention soll als „vierte Säule“ neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege etabliert werden. Dieses Ziel hatte das vom Bundestag am 22. April 2005 verabschiedete Präventionsgesetz. Der Schwerpunkt wurde auf Primärprävention gelegt, d. h. auf Strategien zur Vermeidung gesundheitlicher Risiken durch bestimmte Verhaltensweisen oder Lebensverhältnisse. Für die bundesweite Koordination war eine Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“ vorgesehen. Das Gesetz wurde jedoch vom Bundesrat am 27. Mai und endgültig am 5. September 2005 vom Vermittlungsausschuss abgelehnt, obwohl es in Zusammenarbeit mit allen Ländern erarbeitet wurde. Nach übereinstimmender Meinung der Teilnehmer muss das Thema Prävention dennoch auf der politischen Tagesordnung bleiben und baldmöglichst gesetzlich geregelt werden.

Die Grundidee eines Präventionsgesetzes wird von allen begrüßt. Wenn es um die konkreten Inhalte und Ziele des Gesetzes und um seine praktische Umsetzung geht, scheiden sich jedoch die Geister:

Kontrovers diskutiert wird, welche Präventionsziele (verhaltens-, krankheits-, risikospezifisch etc.) entwickelt werden sollen und wo die konkreten Präventionspotenziale liegen. Welche neuen Risikofaktoren sind neben den alten Risikofaktoren (z. B. Rauchen, Übergewicht, mangelnde Bewegung, Stress, Sucht) zu beachten? Welche Schwerpunkte sollen gesetzt werden, welche Strategien gilt es zu entwickeln? Was ist z. B. von finanziellen Anreizen für präventives Verhalten zu halten? Kritisch hinterfragt wird auch das Kosten-/Nutzenverhältnis der jeweiligen Maßnahmen und deren wissenschaftliche Evidenz.

Uneinigkeit besteht weiter darüber, welche Zielgruppen erreicht werden sollen und wie der Zugang zu den jeweiligen Milieus (Kindergärten, Schulen, Vereine, Betriebe, Stadtteile etc.) erfolgen kann.

Umstritten ist ferner, welche Bedeutung der Eigeninitiative und Eigenverantwortung der Menschen zukommt. Muss die Solidargemeinschaft für alle aufkommen oder „ist jeder seines Glückes Schmied“?

Weitere Diskussionspunkte sind die Notwendigkeit der geplanten Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“ sowie die Aufgabenverteilung zwischen den unterschiedlichen Akteuren und die Finanzverantwortlichkeit. Gibt es derzeit - so wird gefragt - überhaupt noch finanzielle Spielräume?

Die Friedrich-Ebert-Stiftung hat die künftigen Strategien für eine Präventionspolitik auf ihrer Veranstaltung „**Für mehr Prävention in der Gesundheitspolitik – aber wie?**“ am **8. Juni 2005** in **Köln** mit allen Beteiligten ausführlich diskutiert. Ziel der Veranstaltung war es, die unterschiedlichen Standpunkte und Interessen zu klären und Ansatzpunkte für die Stärkung der Verbraucher zu identifizieren.

Die Diskussion verdeutlichte den breiten Konsens hinsichtlich der Notwendigkeit der Prävention. Betont wurden die positiven Erfahrungen mit bestehenden Instrumentarien wie Kampagnen. Anhand verschiedener Beispiele wurde aufgezeigt, dass Krankheiten verringert und Kosten eingespart werden können. Die bisherigen Ansätze krankten jedoch daran, dass die zahlreichen Einzelinitiativen unzureichend koordiniert und nicht auf zentrale Ziele ausgerichtet sind. Außerdem werden vorrangig diejenigen erreicht, die bereits geringere Risikofaktoren und eine höhere Lebenserwartung haben. Die bisher betriebene Prävention verstärkt daher die sozial bedingten gesundheitlichen Unterschiede.

Um dies zu vermeiden, wurde die Implementierung eines „Setting-Ansatzes“ befürwortet, der die Menschen in ihren täglichen Lebenswelten – von Kindergärten bis Seniorenheimen – abholt. Breite Übereinstimmung gab es bei der Forderung, dass Prävention möglichst früh in der Kindheit einsetzen müsse. Außerdem müssten die Aktionen und Akteure durch Konzentration auf wichtige gemeinsame Ziele und über die Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“ besser aufeinander abgestimmt werden.

Der vorliegende Band der Reihe „Gesprächskreis Verbraucherpolitik“ fasst die Ergebnisse der Veranstaltung zusammen. Für Konzeption und Durchführung zeichnet Diplom-Ökonomin Hannelore Hausmann verantwortlich, für das Tagungssekretariat war Margit Durch zuständig, beide vom Wirtschafts- und sozialpolitischen Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Wirtschaftspolitik. Der Text der Dokumentation stammt aus der Feder von Eva Günther, Conseo Consult, Bonn.

Hannelore Hausmann

September 2005

Auf einen Blick

Politische Blockade trotz inhaltlichem Konsens

Das Präventionsgesetz wurde am 22. April 2005 vom Bundestag beschlossen, jedoch am 27. Mai vom Bundesrat und endgültig am 5. September 2005 vom Vermittlungsausschuss abgelehnt, obwohl parteiübergreifend Einigkeit über eine verstärkte Prävention bestand und das Gesetz gemeinsam mit allen Ländern erarbeitet wurde. Übereinstimmend wurde von den Teilnehmern gefordert, dass das Thema auf der Tagesordnung bleiben und möglichst rasch umgesetzt werden müsse.

Umfassende Strategie erforderlich

Die bisher betriebene Prävention kann Erfolge bei der Verringerung von Krankheiten und der Kostensenkung vorweisen. Kampagnen zu Aids, Zahngesundheit oder Arbeitsschutz haben hierzu einen entscheidenden Beitrag geleistet. Prävention erreicht aber vorrangig die besser Gestellten und verstärkt somit sozial bedingte Unterschiede bei Krankheitslast und Lebenserwartung. Kennzeichnend für die Präventionsarbeit ist außerdem eine Vielzahl unkoordinierter, nicht qualitätsgesicherter Einzelmaßnahmen. Erforderlich ist daher eine umfassende Strategie mit Fokus auf zentrale, gemeinsame Ziele und die Einbeziehung von sozial Schwächeren.

Setting-Ansatz, Arbeitsmarkt- und Bildungspolitik als Schlüssel

Dreh- und Angelpunkt, um breite Bevölkerungsschichten und vor allem sozial Benachteiligte zu Eigenaktivität zu motivieren, ist der „Setting-Ansatz“. Er zielt darauf ab, die Menschen in ihrem täglichen Lebensumfeld („Lebenswelten“) wie Kindergarten, Betrieb, Verein, Wohnumfeld abzuholen. Entscheidend ist ein möglichst frühzeitiger Einsatz der Prävention, um Eigenverantwortung zu initiieren und gesundheitlichen Schäden schon in der Kindheit vorzubeugen. Der Bildungspolitik, vor allem bei Drei- bis Sechsjährigen, kommt daher eine zentrale Rolle zu. Der Vorschulbereich soll ausgebaut und qualitativ verbessert werden. Bei Erwachsenen ist die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit ein wichtiger Schlüssel. (Langzeit-)Arbeitslosigkeit stellt den mit Abstand größten gesundheitlichen Risikofaktor dar. Hinzu kommt, dass Arbeitslose durch Präventionskampagnen bislang nicht erreicht werden.

Koordinierte Aktionen fördern

Das Präventionsgesetz hat bewusst die Sozialversicherungsträger in die Pflicht genommen sowie Länder und Kommunen beteiligt. Die teilweise systembedingt unterschiedlichen Ansätze wie die stärkere Wettbewerbsorientierung bei den Krankenkassen im Vergleich etwa zur Rentenversicherung sollen durch gemeinsame Prioritäten und die Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“ aufeinander abgestimmt werden, gleichzeitig aber Raum lassen für Aktivitäten einzelner Organisationen. Notwendig sind Erfahrungsaustausch, Vernetzung bereits bestehender Initiativen sowie die Qualitätssicherung von Maßnahmen. Nicht zuletzt müssen Patienten Unterstützung durch fundierte Informationen und Selbsthilfegruppen erhalten.

Zusammenfassung und Politikempfehlungen

Prävention als eigenständige Säule im Gesundheitswesen verankern

Vor dem Hintergrund zunehmender chronischer Erkrankungen, Übergewicht und Bewegungsmangel wurde von den Teilnehmern übereinstimmend die Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels gesehen, der die Prävention neben Behandlung, Rehabilitation und Pflege als eigenständige Säule im Gesundheitswesen verankert.

Aus diesem Grund wurde bedauert, dass das Präventionsgesetz vom Bundesrat abgelehnt wurde, obwohl parteiübergreifend ein breiter inhaltlicher Konsens bestand und der Gesetzentwurf unter Mitwirkung aller Bundesländer erarbeitet worden war.

Die Schwerpunkte der Diskussion lagen

- auf den bereits erzielten Erfolgen der Präventionsarbeit, die sich in erfolgreichen Instrumentarien wie der Aids-Kampagne widerspiegeln,
- den Defiziten insbesondere aufgrund sozialer Selektion, unzureichender Koordination und fehlender Qualitätssicherung sowie
- Lösungsansätzen mit Betonung auf einer stärkeren Koordinierung, Qualitätssicherung und Effizienz.

Präventionserfolge

Prävention wirkt

Nachweisbare Präventionserfolge

Prävention kann Krankheiten, Unfälle, Frühverrentung und Pflege vermeiden und Krankheitskosten verringern. Fachleute gehen von einem Einsparpotenzial von mindestens 10 Prozent der Krankheitskosten oder 6 Milliarden Euro aus.

Besonders gute Erfolge lassen sich für Kampagnen nachweisen. Dazu gehört das finnische Nordkarelien-Projekt¹ ebenso wie die Kampagnen zu Aids und Zahngesundheit oder die Arbeit der Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherer in Deutschland.

¹ Ziel des Nordkarelien-Projektes war die Verringerung der Sterblichkeit aufgrund von Herzkrankheiten. Ausgangsthese war, dass ein Zusammenhang zwischen Lebensweise und Gesundheitszustand besteht. Im Rahmen eines regionalen Projektes wurden u. a. die präventiven Leistungen verbessert, Informationsangebote geschaffen und Schulungen (z. B. Ernährungsberatung, Kochkurse) angeboten. Der Erfolg des Nordkarelien-Projektes führte zu einer Ausweitung der Gesundheitsprogramme auf ganz Finnland.

Zahlreiche Initiativen

In Deutschland ist in den vergangenen Jahren eine „blühende Landschaft“ an Präventionsinitiativen entstanden. Neben Initiativen der Sozialversicherungsträger und der Ärzte sind Selbsthilfegruppen und andere Organisationen wie die Verbraucherverbände aktiv.

Präventionsdefizite

Verstärkung sozial bedingter gesundheitlicher Unterschiede

Wenn Prävention ein freiwilliges, unkoordiniertes Angebot ist, wirkt sie sozial selektiv, weil sie von den besser Gestellten wahrgenommen wird, die bereits ohne Prävention gesünder sind und weniger Risikofaktoren aufweisen. Bei sozial Benachteiligten dagegen kommt sie nicht an. In Deutschland führt dies bei Männern im Ergebnis zu Lebenserwartungsunterschieden von zehn Jahren.

Soziale Selektion bei freiwilligen Präventionsangeboten

Fehlende Koordinierung

Ein wesentliches Defizit wird in der unzureichenden Vernetzung und Koordinierung der unterschiedlichen Aktivitäten gesehen.

Lösungsansätze und Politikempfehlungen

Alle wichtigen Akteure in die Pflicht nehmen

Das Präventionsgesetz hat bewusst die vier großen Sozialversicherungsträger (gesetzliche Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung, Pflegeversicherung) in die Pflicht genommen und die Gebietskörperschaften von Bund über Länder bis hin zu Teilen der Kommunen einbezogen. Durch diese Vernetzung mit den Gebietskörperschaften können den Sozialversicherungsträgern wichtige Handlungsorte wie Schulen erst zugänglich gemacht. Im politischen Bereich gilt es außerdem, unterschiedliche Politikfelder wie Schule und Sport besser aufeinander abzustimmen.

Akteure vernetzen, Zielprioritäten abstimmen

Fokus auf zentrale Präventionsziele

Um der Primärprävention entscheidende Impulse zu geben, müssen die Hauptprobleme identifiziert werden. Entsprechend sah das Präventionsgesetz vor, dass gemeinsam zentrale und übergreifende Ziele formuliert und die Aktivitäten hierauf ausgerichtet werden sollen.

Qualitätssicherung und Effizienz

Für die Vielzahl von Initiativen soll ein Rahmen geschaffen werden, um eine bessere Koordinierung und effiziente Mittelverwendung sicherzustellen. Vorbildliche Maßnahmen sollen gesammelt und multipliziert werden. Gelder sollen vorrangig für evaluierte, qualitätsgesicherte Maßnahmen zur Verfügung gestellt werden. In der Praxis ist Qualitätssicherung aber schwer zu realisieren, das zeigt sich bereits bei der Durchsetzung der evidenzbasierten Medizin im Bereich der Behandlung.

Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“ als Rahmen

*Gemeinsamer Rahmen
contra Flexibilität für
individuelle Aktivitäten?*

Die geplante Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“ soll als Rahmen dienen, um das Zusammenwirken der Akteure zu fördern, Präventionsziele zu empfehlen, Setting-Ansätze vorzuschlagen, Qualitätsstandards zu erarbeiten und Kampagnen vorzubereiten. Zusätzlich zu den Mitteln für die Stiftung in Höhe von 50 Millionen Euro sollen den Sozialversicherungsträgern weitere 250 Millionen Euro für präventive Maßnahmen zur Verfügung gestellt werden.

Neben den gemeinsamen Maßnahmen fordert der Vertreter der Krankenkassen gleichzeitig ausreichend Spielraum für individuelle Aktivitäten, Kreativität und Innovation. Denn die einzelnen Kassen müssten Gelegenheit haben, sich im Wettbewerb der Krankenkassen zu profilieren. Außerdem seien gemeinsame Aktionen oft schwerfällig und teuer.

Der Vertreter der Ärzteschaft plädiert ebenfalls für mehr Flexibilität, damit sich Präventionsinitiativen selbst entwickeln können. Gleichzeitig wünscht er sich eine stärkere Einbeziehung der Ärzte, um ihren Vertrauensvorschuss als Botschafter der Prävention besser zu nutzen. Ein Kinderarzt fordert den verstärkten Ausbau der öffentlichen Gesundheitsdienste, um den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen systematisch festzustellen und korrigierend einzuwirken.

Soziale bedingte Unterschiede abbauen

*Frühzeitige Aktivierung
vor allem sozial benachteiligter Zielgruppen*

Der Setting-Ansatz spielt eine wesentliche Rolle, um breite und vor allem gesundheitlich besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen für die Prävention zu gewinnen. Es hat sich als günstig erwiesen, Menschen in ihrem täglichen, gewohnten Lebensumfeld anzusprechen. Dort gelingt es leichter, sie zu gesundheitsförderndem Handeln zu motivieren, bevor klassische Warnsignale wie Schmerzen auftreten. Mit dem Lebenswelten-Ansatz können vor allem auch sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen aktiviert werden, die mit den klassischen Instrumentarien nicht erreicht werden.

Gleichzeitig zeigt die Aids-Kampagne, dass es auch über Kampagnen gelingen kann, schichtenspezifisch zu wirken.

Arbeitslosigkeit bekämpfen

Von Seiten der Wissenschaft wird die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit als grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Prävention bei Erwachsenen angesehen. Denn Arbeitslosigkeit wirke sich sehr viel negativer auf die Gesundheit aus als alle medizinischen Risikofaktoren. Außerdem versagten vor allem bei Langzeitarbeitslosen die bisher bekannten Präventionskonzepte.

Frühzeitige Aufklärung

Übereinstimmend wird gefordert, dass Prävention möglichst frühzeitig einsetzen soll – nach Möglichkeit bereits in der Schwangerschaft und in der Familie. Danach kommt dem Kindergarten als erstem Setting-Ansatz große Bedeutung zu. Im Kindergartenalter wird zudem das Risikoverhalten und die Bereitschaft zum aktiven gesundheitlichen Handeln entscheidend geprägt. Uneinigkeit bestand jedoch, ob sich daraus ein verpflichtender Kindergartenbesuch und der Ausbau von Vorschulen ableiten lasse. Unterschiedlich beurteilt wurde auch die Qualität der Kindertageseinrichtungen. Einige Teilnehmer betonten, dass vor allem in sozialen Brennpunkten eine Zusammenarbeit mit anderen Verantwortlichen wie Eltern, Jugend- und Sozialämtern erforderlich sei, um Probleme wie z. B. fehlendes Frühstück in den Griff zu bekommen.

Patientenverantwortung stärken

Patienten müssen durch verbesserte Information über sinnvolle und umstrittene Vorsorgemaßnahmen in die Lage versetzt werden, eine qualifizierte Entscheidung zu treffen.

*Patienteninformation
verbessern*

Unterschiedlich ist die Einschätzung, ob das neu gegründete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin diese Aufgabe in absehbarer Zeit erfüllen kann.

Auch die Bonusregelungen der Gesundheitsreform werden als adäquates Mittel angesehen, um Patienten zur Vorsorge zu motivieren. Zusätzlich fordert der Vertreter der Verbraucherorganisationen eine Unterstützung der Patienten durch den Aufbau von Strukturen wie Selbsthilfeorganisationen.

I - Unverzichtbarer Paradigmenwechsel

► **Trotz parteiübergreifender Einigkeit, Prävention als eigenständige Säule im Gesundheitswesen auszubauen, wurde der gemeinsam mit allen Bundesländern erarbeitete Gesetzentwurf im Bundesrat gestoppt.**

Politischer Konsens über Stärkung der Prävention

Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) erläutert, dass im Jahr 2002 parteiübergreifend Einigkeit bestand, dass ein Paradigmenwechsel anstehe und die Prävention neben Behandlung, Rehabilitation und Pflege als eigenständige Säule im Gesundheitswesen verankert werden müsse. So sei Prävention in den damaligen Wahlprogrammen als eines der vorrangigen Ziele für die anstehende Legislaturperiode benannt worden.

Als eindeutigen und eindrucksvollen Beweis für diese Aussagen in den Wahlprogrammen habe der Deutsche Bundestag am 23. September 2003 in einer Entschließung zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) und der Bundesrat am 28. November 2003 gefordert, eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zu bilden, um innerhalb einer Frist von einem Jahr den Entwurf für ein Präventionsgesetz vorzulegen.

Der Gesetzesentwurf², der eingebracht und vom Bundestag verabschiedet wurde, habe einen deutlichen Schwerpunkt auf die Primärprävention gesetzt. Außerdem habe er sehr bewusst die vier zentralen Sozialversicherungsträger für die Präventionsarbeit in die Pflicht genommen:

- die gesetzliche Krankenversicherung (GKV),
- die gesetzliche Rentenversicherung (GRV)
- die gesetzliche Unfallversicherung und
- die gesetzliche Pflegeversicherung.

Nicht nur vor dem Hintergrund der Beschlusslage, sondern auch vor dem Hintergrund des notwendigen Zusammenwirkens der Sozialversicherungsträger sei die Bundesregierung der festen Überzeugung gewesen, dass dies die zentral richtige Strategie sei.

Für das Präventionsgesetz gebe es viele gute Gründe wie die

- Vermeidung von Krankheiten, Unfällen und Frühverrentung,
- die Einsparung von Aufwendungen und Kosten,
- die Erarbeitung und Koordinierung von zentralen Präventionszielen,
- die Qualitätssicherung von Präventionsmaßnahmen,

² Bundestagsdrucksache 15/4833 vom 15.2.2005

- die Implementierung des Setting-Ansatzes, um benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu erreichen.

Der in Bundestag und Bundesrat vorliegende Gesetzentwurf sei in monatelanger Arbeit in der gemeinsamen Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeitet worden, sowohl mit CDU- wie auch SPD-geführten Ländern. Die Ablehnung des Bundesrates im Mai 2005 und die Anrufung des Vermittlungsausschusses sei vor diesem Hintergrund sowie der Entschlüssen von 2002 völlig unverständlich. Es sei zu befürchten, dass das Präventionsgesetz angesichts der bevorstehenden, vorgezogenen Bundestagswahl nicht mehr verabschiedet werden kann.

Politische Blockade trotz gemeinsamer Gesetzeserarbeitung

Das Verhalten der CDU stelle die gemeinsame Arbeit in Frage und sei unverantwortlich. Denn es riskiere, dass mindestens ein weiteres Jahr vergehe bis zur Verabschiedung eines Gesetzes. Es sei denn, man verfolge die Absicht, den Entwurf in ein paar Monaten, wenn man glaubt, die politische Mehrheit zu haben, leicht modifiziert aus der Tasche zu ziehen. Dies sei dann aber Partei- und keine Präventionspolitik.

Auch wenn das Gesetz vorerst gescheitert sei, dürfe man sich nicht demotivieren lassen. Vielmehr sei es notwendig, den Prozess „am Kochen“ zu halten, damit das Thema Prävention nicht vergessen werde. Prävention müsse auch in der nächsten Legislaturperiode eine wichtige Rolle spielen³.

³ Wichtige Handlungsfelder für die Präventionsarbeit benennt das Konzeptpapier des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung "Gesund in die Zukunft - Auf dem Weg zu einem Gesamtkonzept zur gesundheitlichen Prävention", das als Anlage 1 im Anhang auszugsweise dokumentiert wird.

II - Prioritäten für die Prävention

Krankheiten und soziale Unterschiede verringern

► ***Damit sozial bedingte Unterschiede bei Krankheitsraten und Lebenserwartung nicht weiter verstärkt, sondern verringert werden, darf Prävention kein freiwilliges, unkoordiniertes Angebot bleiben.***

Prävention senkt Kosten und verbessert die Lebensqualität

Die Gründe für Prävention lassen sich nach *Martin Dörmann MdB, Sprecher des Gesprächskreises „Verbraucherpolitik“ der Friedrich-Ebert-Stiftung und SPD-Bundestagsfraktion, Mitglied im Bundestagsausschuss für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft*, in einem Satz zusammenfassen: Vorbeugen ist besser und billiger als heilen. Gesundheitsförderung bestehe nicht nur darin, sich kurieren zu lassen, wenn der Körper schon krank oder belastet ist. Prävention müsse daher stärker als bisher in den Vordergrund der Gesundheitspolitik gestellt werden.

Jeder Verbraucher wisse oder sollte wissen, dass sich Vorsorge auf Dauer rechnet. Wer mehr Sport betreibt, auf eine richtige Ernährung achtet, sich um seine Gesundheit kümmert, habe größere Chancen Krankheiten vorzubeugen. Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Menschen könnten durch eine effektive Prävention nachhaltig verbessert werden.

Unkoordinierte Prävention vergrößert schichtspezifische Unterschiede bei den Krankheitsraten

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach, Mitglied des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, führt aus, dass gute Prävention die sozial bedingten Unterschiede in der Lebenserwartung verringert. Schlechte Prävention dagegen vergrößere die Differenzen. Wenn Prävention ein freiwilliges, unkoordiniertes Angebot an den Einzelnen sei, werde die Prävention von denjenigen wahrgenommen, die ohnedies am gesündesten sind, das höchste Einkommen haben und die geringste Krankheitsrate. Umgekehrt komme Prävention dort, wo sie benötigt werde, nicht an. Diese Wahrnehmung der Prävention durch die besser Gestellten kennzeichne die Situation in Deutschland.

Die Lebenserwartungsunterschiede seien in Deutschland besonders groß, größer als beispielsweise in skandinavischen Ländern. Männer des unteren Einkommensquartils, d. h. im unteren Viertel der Einkommensverteilung, leben nach Angaben von Prof. Dr. Lauterbach in Deutschland zehn Jahre kürzer als Männer im oberen Quartil. Eine ähnliche Größenordnung gebe es in Europa nur noch in England. Auch bei Frauen sei der Unterschied mit sechs Jahren noch sehr groß. Eine gute Prävention könne hier gigantische medizinische Fortschritte erzielen.

Auch bei der Behandlung zeigten sich soziale Unterschiede. Wenn man beispielsweise untersucht, wer bei hohen Cholesterinwerten Cholesterinsenker bekomme, sei die Antwort ganz einfach: Je höher die soziale Schicht, desto besser sei das Präventionsangebot. Am besten versorgt würden die Privatversicherten, gefolgt von Ersatzkassenversicherten. Bei Sozialhilfeempfängern, wo die LDL-Werte („schlechtes Cholesterin“) nicht nur die ungünstigsten, sondern zudem mit zusätzlichen Risikofaktoren wie Rauchen kombiniert sind, sei die Versorgung am schlechtesten.

Die gegenwärtig betriebene Prävention sei jedoch nicht an sich schlecht. Denn die sozial Schwachen würden nichts verlieren, nur die Gutverdienenden gewinnen. Da auch die Lebenserwartung der besser Gestellten einen hohen Wert habe, sei dies nicht ethisch verwerflich. Erstrebenswert wäre es jedoch, wenn auch diejenigen profitieren könnten, denen es am schlechtesten geht und die die größten Risiken tragen. Dazu könne nur eine koordinierte Aktion beitragen, wie sie bereits erfolgreich bei Aids und der Zahngesundheit realisiert wurde.

Für ihn sei maßgeblich, dass man Prävention nutzt, um sozial bedingte Unterschiede auszugleichen. Er verweist auf die Präventionsarbeit in Schweden und Finnland, die gezielt darauf ausgerichtet ist, die sozial bedingten Unterschiede in Lebenserwartung und Krankheitslast abzubauen.

Prävention muss sozial bedingte gesundheitliche Unterschiede abbauen

Kosten einsparen

► **Prävention ermöglicht Einsparungen in Milliardenhöhe.**

Martin Dörmann MdB, Sprecher des Arbeitskreises Verbraucherpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung und SPD-Bundestagsfraktion, hebt hervor, dass jeder Bürger gesund

Kostensenkungen zwischen 6 und 20 Mrd. Euro möglich

sein und möglichst geringe Krankenversicherungsbeiträge zahlen möchte. Prävention könne vor allem in einer Gesellschaft des längeren Lebens helfen, dass die Menschen länger gesund bleiben, dass ihre Lebensqualität auch bei chronischen Krankheiten weitestgehend erhalten bleibt, dass sich Kinder besser ernähren und mehr bewegen und dass die Sozialversicherungen – und damit die Beitragszahler – vermeidbare Kosten einsparen.

Nach Schätzungen von Experten könne man durch einen Ausbau der Präventionsmaßnahmen in den Bereichen der Krankheitskosten und der krankheitsbedingten Ausfallkosten langfristig Einsparungen in Höhe von mehr als 6 Milliarden Euro erzielen. Andere Fachleute gingen von bis zu 20 Milliarden Euro aus.

Von der Verhütung von Erkrankungen profitierten die Sozialversicherungen an unterschiedlichen Stellen:

- Im Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung kann die Zahl der Krankheitsfälle gesenkt werden.
- Die Rentenversicherung kann durch eine verringerte Zahl notwendiger Rehabilitationsmaßnahmen und Frühverrentungen entlastet werden.
- Bei der Unfallversicherung können Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefährdungen verhindert werden.
- Bei der Pflegeversicherung werden Pflegefälle vermieden.

Einsparpotenzial 10 %

Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder, Bundesgesundheitsministerium, betont, dass Prävention zu erheblichen Einsparungen führen kann, auch wenn bei der Nennung von konkreten Zahlen Vorsicht geboten sei. Beispielhaft führt er an, dass in Deutschland auf den Gesamtkomplex Rückenschmerzen jährlich Aufwendungen in Höhe von 25 Milliarden Euro entfallen. Mit erfolgreicher Prävention könne zwar nicht sofort, aber sicherlich in einigen Jahren 10 Prozent, also 2,5 Milliarden Euro eingespart werden. Dies sei noch konservativ gerechnet. Wenn 10 Prozent von den Ausgaben für Diabetes mellitus in Deutschland eingespart werden könnten, bewege man sich in einer Größenordnung von mindestens 1,3 Milliarden Euro. Diese Beispiele ließen sich beliebig ergänzen, wenn man etwa an die zunehmende Fehlernährung und Übergewichtigkeit denke. Nicht zuletzt sei die Aids-Kampagne in Deutschland ein schlagender Beweis für den Erfolg der Prävention.

Wie bei diesen wenigen exemplarischen Beispielen könne man generell nachweisen, dass die Krankenversicherung bei erfolgreicher Prävention mittelfristig Kosten reduzieren könnte. Vor dem Hintergrund einer – trotz aller Erfolge der letzten Jahre - immer noch viel zu hohen Frühverrentungsrate in Deutschland ließe sich auch bei der Rentenversicherung Geld sparen, wenn Menschen gesünder älter würden. Gleiches gelte für die Pflege- und Unfallversicherung.

Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), weist darauf hin, dass die gesundheitlichen und finanziellen Vorteile für die Aids-Kampagne eindeutig belegt werden können. Aufgrund der Entwicklung in vergleichbaren Ländern und der vorliegenden Daten, die die BzgA kontinuierlich erhoben habe, könne ganz konservativ geschätzt werden, dass mindestens 30 000 Infektionen verhindert wurden. Bezogen auf die heutigen Therapiemöglichkeiten bedeute dies jährlich 450 Millionen Euro Kosteneinsparung bei den Krankenversicherungen, die die Behandlung bezahlen müssten.

Dr. Eckard Fiedler, Vorsitzender des Vorstands der Barmer Ersatzkasse, verweist darauf, dass die Prognosen für den Finanzverlauf der GKV erschreckend seien und durch die demographische Entwicklung noch verschärft würden. Bei der Diskussion

um Leistungen sei es daher entscheidend, die Finanzierbarkeit zu sichern. Eine zentrale Rolle spiele dabei die Entwicklung der chronischen Krankheiten. Diese Kosten könnten durch Prävention verringert werden. In diesem Zusammenhang sei es wichtig, einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz mit der Zielrichtung stärkerer Eigenverantwortlichkeit zu fördern. Große Kampagnen wie die Trimm-Dich-Aktion könnten dabei einen Bewusstseinswandel und Verhaltensänderungen herbeiführen, auch wenn sie vorrangig die Gebildeteren erreichen und deren Gesundheit verbessern. Im Ergebnis entlaste dies insgesamt die Solidargemeinschaft und trage zur Solidarität mit den Schwächeren bei. Große Kampagnen sollten daher immer wieder gestartet werden, um das Bewusstsein für Gesundheitsvorsorge in der Gesellschaft wach zu halten.

Prävention kann Kosten für chronische Krankheiten verringern

Fokus auf gemeinsame Präventionsziele

► ***Durch Festlegung übergreifender Prioritäten sollten die Aktivitäten aller Akteure auf zentrale Ziele konzentriert werden.***

Einen entscheidenden Impuls des Präventionsgesetzes sieht *Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder, Bundesgesundheitsministerium*, in der Definition von Präventionszielen. Vorgesehen war, auf Bundesebene gemeinsam mit allen Verantwortlichen wie den Sozialversicherungsträgern, aber auch den Gebietskörperschaften, d. h. Bund, Ländern und Vertretern der Kommunen, zentrale und übergreifende Zielsetzungen für die nächsten Jahre festzulegen und alle unterschiedlichen Aktivitäten darauf ausrichten.

Das Präventionsgesetz habe außerdem eine Verpflichtung enthalten, die Öffentlichkeit, Bundestag und Bundesrat in bestimmten Abständen über die Ziele, die Zielerreichung und die Zielerreichungsgrade zu informieren.

Dies hätte als wichtigen Nebeneffekt eine Verbesserung der epidemiologischen Datenlage in Deutschland zur Folge gehabt. Denn es wäre erforderlich gewesen, die Ausgangslage zu beschreiben und Indikatoren zu entwickeln, die die gegenwärtige Situation sowie die erreichten Fortschritte abgebildet hätten. Damit hätte Deutschland den Stand der Briten und einiger skandinavischer Länder erreicht.

Außerdem hätten diese Daten genutzt werden können, um das Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu optimieren, um zu klären, wo bei der Prävention die besten Chancen für die größten Bevölkerungsgruppen liegen. Diese Informationen hätten so eine Kontrolle über größtmögliche Effekte und die Effizienz der Maßnahmen ermöglicht.

Qualitätssicherung und Effizienz

► **Das quantitativ große Angebot soll verstärkt einheitliche, abgesicherte Qualitätsstandards erfüllen.**

Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder, Gesundheitsministerium, betont, dass die Qualitätssicherung ein wichtiger Aspekt des geplanten Präventionsgesetzes gewesen sei. Es sei zwar nicht einfach, Prävention von vornherein qualitätsgesichert auf den Weg zu bringen. Schon bei der Qualitätssicherung für Behandlungsmethoden, der evidenzbasierten Medizin, habe man erhebliche Probleme. Aber es wäre sinnvoll gewesen, diesen Anspruch zumindest zu formulieren. Denn die Zielorientierung und Qualitätssicherung hätten wesentlich zur Überwindung des Problems beigetragen, dass es zwar viele Initiativen gebe, jedoch keine gemeinsame Qualitätssicherung und Zielrichtung.

Maßnahmen und Mittel
konzentrieren

Thomas Isenberg, Leiter des Fachbereichs Gesundheit / Ernährung des Verbraucherzentrale Bundesverbandes⁴, unterstützt diese Aussagen. Prävention könne zwar nicht verordnet werden. Erforderlich sei aber ein Rahmen, damit Geld nicht verschwendet werde. Auf der regionalen Ebene geschehe viel, es gebe „blühende Landschaften“ – Selbsthilfegruppen seien überall aktiv, die Kassen stellten Mittel zur Verfügung, es gebe zahlreiche Kooperationen, etwa zwischen Verbraucherzentralen und Kindergärten. Diese Vielzahl von Einzelmaßnahmen müsse jedoch hinterfragt werden. Alternativ erscheine es sinnvoller, Korridore festzulegen und die Maßnahmen in bestimmte Bahnen zu lenken.

Weiter müssten die Hauptprobleme identifiziert, die Settings lokalisiert werden. Es müsse geklärt werden, wo Kinder und Eltern erreichbar seien, wo Lernbereitschaft bestehe. Vorsorge sei wichtig, müsse aber fokussiert erfolgen. Auf dieser Grundlage könnten Kooperationsverträge geschlossen werden und Geld für evaluierte, wirksamkeitsbewiesene Maßnahmen bereit gestellt werden.

Kindergärten oder Schulen könnten Kooperationen mit verschiedenen Organisationen eingehen. So informieren die Verbraucherzentralen in Kindergärten über gesunde Ernährung, helfen in Schulen bei der Umstellung der Verpflegung (ein zunehmend wichtiges Thema bei Ganztagsbetreuung) und fahren mit den Kindern zum Erlebnis-Bauernhof, um ein Gefühl für gesunde Ernährung zu vermitteln. Andere Einrichtungen engagierten sich ebenfalls. Das Präventionsgesetz wäre eine Chance, diese Aktivitäten als Vorbild für gesunde Ernährung und Bewegung zu multiplizieren.

Evaluierung von Maß-
nahmen erforderlich

Dr. Elisabeth Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, hält es vor allem im Hinblick auf Verbraucher für

⁴ Die Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes zum Präventionsgesetz ist im Anhang abgedruckt (Anlage 2)

wichtig, dass der Staat sich engagiert und qualitätsgesicherte Angebote schafft. Verbraucher haben ihres Erachtens einen Anspruch darauf, wissenschaftlich gesicherte Informationen zu bekommen. In der Prävention würden heute aber nur etwa 5 Prozent der Maßnahmen evaluiert.

Ein *Vertreter der AOK Köln* weist darauf hin, dass es zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen Absprachen gebe, wonach alle Präventionsangebote, die von Krankenkassen bezahlt werden, bestimmte Qualitätskriterien erfüllen müssten.

III – Zielgruppen erreichen

Implementierung des Setting-Ansatzes

► ***Der Setting-Ansatz, der im täglichen Lebensumfeld der Menschen ansetzt, kann frühzeitig Eigenaktivität initiieren und erreicht auch sozial und gesundheitlich Benachteiligte.***

Setting-Ansatz kann Chancengleichheit im Gesundheitswesen verbessern

Martin Dörmann MdB, Sprecher des FES-Gesprächskreises Verbraucherpolitik und SPD-Bundestagsfraktion, sieht ein wichtiges Ziel des neuen, umfassenden Präventionskonzeptes darin, dass die gesundheitlich besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen besser erreicht werden können, die sich bisher nicht für Prävention und die Förderung ihrer Gesundheit interessiert haben. Es sei erwiesen, dass das Gesundheitsbewusstsein und das Interesse an Prävention bei Menschen mit höherer Bildung, besserer beruflicher Stellung und höherem Einkommen stärker ausgeprägt ist, gleichzeitig aber die gesundheitlichen Risiken bei den Angehörigen der unteren sozialen Schichten größer seien. Es gehe also darum, alle Menschen zu erreichen. Eine umfassende Prävention sei daher ein wichtiger Beitrag zu mehr Chancengleichheit und sozialer Gerechtigkeit.

Unter den Experten, den wichtigen Organisationen und Verbänden herrsche Einigkeit darüber, dass ein Präventionsgesetz ein richtiger und wichtiger Einstieg auf diesem Weg sei. So habe der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen am 30. Mai 2005 ein Gutachten zum Thema „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ vorgelegt, das die Bedeutung der Prävention für die weitere Gesundheitsentwicklung in Deutschland unterstreicht und die Bedeutung von Maßnahmen der Primärprävention im Alltag der Menschen für den Abbau von ungleichen Gesundheitschancen betont.

Setting-Ansatz kann zur Vorsorge motivieren, bevor sich Gesundheitsschäden abzeichnen und wirkt schichtenspezifisch

Ein wichtiger Dreh- und Angelpunkt des Präventionsgesetzes war nach *Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder, BMGS*, die Implementierung des Setting-Ansatzes. Dies sei nicht geschehen, weil die Weltgesundheitsorganisation WHO dies seit einigen Jahren als zentralen Ansatz für Präventionsarbeit propagiere. Grund sei vielmehr die Überzeugung, dass mit dem Setting-Ansatz zwei zentrale Zielsetzungen erreicht werden können:

- Die Menschen könnten in ihrem Lebensumfeld, in den so genannten Lebenswelten, abgeholt werden, in dem sie sich alltäglich bewegen. Das beginne im Kindergarten, gehe weiter in der Schule, im Betrieb, im Sportverein, im Wohnumfeld bis hin zum Seniorenwohnheim. Bedeutsam sei dies, weil die Leute zu aktivem Handeln motiviert werden müssten, ohne dass klassische Warnsignale wie Fieber und Schmerzen vorhanden seien, die normalerweise Anreiz sind, sich um die eigene

Gesundheit zu kümmern. Es gebe keine nachhaltigere Strategie, um Menschen zu erreichen und ihre Verhaltensänderungen im Diskurs mit anderen zu stabilisieren. Der Setting-Ansatz biete damit sehr gute Voraussetzungen, um Eigenverantwortung und Eigenaktivität zu initiieren.

- Mit dem Setting-Ansatz könnten zusätzliche, vor allem sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen erreicht werden. Andernfalls bestehe die Gefahr, dass Prävention eine Veranstaltung für Bildungsbürger werde, denen bereits bewusst ist, dass sie mit Primärprävention etwas für ihre Gesundheit tun müssen, z. B. durch Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung. Die vorliegenden Daten machten jedoch deutlich, dass es im gesellschaftlichen Interesse liegt, sozialökonomisch Benachteiligten eine zweite Chance zu eröffnen, um ihr Verhalten zu ändern. Damit könne gleichzeitig in vielen verbraucherpolitisch relevanten Bereichen wie der Ernährung eine Trendwende in Gang gesetzt werden. Auch für Zielgruppen wie Jugendliche könnten allgemeine Aussagen wie „ernähre dich gesund“ entsprechend den spezifischen Interessen konkretisiert werden. Wenn diese Prinzipien dadurch gelernt und verstanden würden, bestehe eine gute Chance zu nachhaltiger Veränderung und Entwicklung.

Als erfolgreiches Beispiel für den Setting-Ansatz führt Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder die langjährige Arbeit der Berufsgenossenschaften sowie der privaten und öffentlichen Unfallversicherungen an. Sie könnten im Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung umfassende positive Resultate vorweisen. Das Zurückdrängen der Berufskrankheiten, aber auch von Unfällen sei ein eindrucksvoller Beweis, dass Menschen in „Settings“ wie dem betrieblichen Kontext gut erreichbar seien. Dies habe entscheidend zum Gelingen der Prävention beigetragen.

Schlüssel Arbeitsmarkt- und Bildungspolitik

► **Arbeitsmarktpolitik spielt eine zentrale Rolle, weil Arbeitslosigkeit erhebliche negative Auswirkungen auf die Gesundheit hat sowie auf die Bereitschaft Vorsorge zu betreiben. Bildungspolitik hat eine Schlüsselfunktion, weil in der frühen Kindheit die Weichen für das Gesundheitsverhalten gestellt werden.**

Prof. Dr. Karl W. Lauterbach, Universität Köln, betont, dass der Schlüssel für erfolgreiche Prävention bei Erwachsenen im Wesentlichen in der Arbeitsmarktpolitik und bei Kindern in der Bildungspolitik liege. Die Präventionsarbeit der Ärzte spiele dagegen eine untergeordnete Rolle.

Um eine entscheidende Verbesserung des Gesundheitszustands von Erwachsenen zu erreichen, müsse daher die Arbeitslosigkeit wirkungsvoll bekämpft werden. Denn

Arbeitslosigkeit ist der wichtigste gesundheitsrelevante Risikofaktor

es gebe keinen Risikofaktor, der ähnliche Bedeutung habe wie die Arbeitslosigkeit. Kein medizinischer Risikofaktor komme auch nur in die Nähe. Selbst eine noch so ausgeklügelte Kampagne habe keine Chance auf Erfolg bei Menschen, die sich in dieser Gesellschaft als sinnlos, verbraucht und chancenlos erleben. Ein Arbeitsloser habe andere Probleme, als den LDL-Cholesterinwert genau zu monitorieren und zu senken oder sich das Rauchen in einer Situation abzugewöhnen, wo er mehr oder weniger lebensmüde ist. Bei Arbeitslosen seien zudem alle diskutierten Risikofaktoren gebündelt.

Solange es nicht gelinge, die Arbeitslosigkeit zu verringern, könne es kein wirksames Konzept der Prävention geben. Hohe Priorität komme dabei der Bekämpfung der Langzeitarbeitslosigkeit zu. Während aber in anderen Ländern mit einer vergleichbaren Arbeitslosenquote von 10 Prozent der Anteil der Langzeitarbeitslosen im Durchschnitt bei 25 Prozent liege, sei bei uns jeder Zweite dauerhaft arbeitslos. Diese Menschen rutschten gesundheitlich sehr schnell ab. Dies werde zwar zunehmend untersucht, ein Rezept dagegen fehle jedoch. Festzuhalten bleibe, dass bei Langzeitarbeitslosen alle Präventionskonzepte versagten, die bisher getestet wurden.

Schwachpunkt Kindergarten besonders kritisch, da Risikoverhalten im Kindergartenalter geprägt wird

Bei Kindern liegt der Schlüssel nach *Prof. Dr. Karl W. Lauterbach* im Bildungssystem. Es präge das Risikoverhalten, das später kaum noch beeinflussbar sei. Wichtig sei insbesondere das Alter zwischen drei und sechs Jahren, in dem das Risikoverhalten, das gesamte Körperbild und die Motivation gesund zu leben, entscheidend beeinflusst werden. In diesem Lebensabschnitt würden die Weichen gestellt, wie ein Mensch seinen Körper sieht, ob er Selbstbewusstsein hat, sich mit seinem Körper identifiziert, bereit ist auf Ratschläge zu hören, sich etwas Gutes zu tun und aktiv zu handeln. Das Bildungssystem für diese Altersgruppe weise aber die größten Mängel auf. In Bezug auf Gesundheit sei also das deutsche Bildungssystem dort am schwächsten ausgeprägt, wo es für die Gesundheit am wichtigsten sei. Da nur etwa die Hälfte der Dreijährigen in den Kindergarten gehe, würden viele Kinder gar nicht erreicht. Hinzu komme, dass die Qualität der Kindergärten im internationalen Vergleich schlecht sei. Er geht deshalb davon aus, dass in Bezug auf die Gesundheitsförderung nur etwa 10 bis 15 Prozent unseres Potenzials ausgeschöpft wird. Um dies zu ändern, müssten verpflichtende Vorschulen mit einem hohen Niveau eingerichtet und die Gesundheitsförderung stark in den Vordergrund gerückt werden.

Inakzeptabel ist aus seiner Sicht eine Anklage der Opfer, die überall durch das System gefallen seien. Als Kind, als man ihr Gesundheitsverhalten noch hätte motivieren können, hätten sie keinerlei Angebot erhalten, weder von Seite der Eltern noch von der Gesellschaft. Später seien sie arbeitslos und in einem Teufelskreis sozial vererbter Armut, den sie nicht verlassen könnten. Dann solle man ihnen zumindest die An-

klage ersparen, dass sie als sozial Schwache Risikofaktoren haben, weil sie nicht die richtige Einstellung zum Körper haben.

Dr. Elisabeth Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, hält es für wichtig, dass die Gesundheitsvorsorge möglichst früh in der Familie beginnt, genau gesagt in der Schwangerschaft. Große Bedeutung habe dabei die ärztliche Beratung der Schwangeren über gesunde Lebensführung und Risikofaktoren. Bei ganz kleinen Kindern spiele die Interaktivität in der Familie eine wichtige Rolle, ob das Kind in eine liebevolle, zugewandte Familie hineingeboren wird, welche Fähigkeiten und Möglichkeiten die Eltern haben, sich zuzuwenden und spielerisch Gesundheit zu fördern. Umgekehrt fördere ein Ruhigstellen und Abschieben vor den Fernsehapparat Fehlernährung und Bewegungsarmut.

Vorsorge muss in der Schwangerschaft beginnen

Danach komme der Kindergarten als erster Setting-Ansatz. In sozialen Brennpunkten zeige sich, dass ein Teil der Kinder zuhause noch nicht einmal ein Frühstück oder eine warme Mahlzeit bekommt. Dies beeinträchtigt nicht nur die Gesundheit, sondern führe auch zu einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit.

Wegen der Komplexität ist es ihres Erachtens wichtig, die Verbindungen zwischen den verschiedenen Bereichen zu sehen und vor Ort alle relevanten Gruppen von Eltern bis hin zu Jugend- oder Sozialämtern einzubeziehen. Daraus könnten freiwillige Initiativen entstehen, etwa dass Eltern an den Schulen für ein Frühstück sorgen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung habe gemeinsam mit zehn Bundesländern und dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen als externem Kooperationspartner ein Projekt aufgelegt. Es identifiziert Vorhaben, die besonderen Zugang zu sozial Benachteiligten finden. In den Landesvereinigungen für Gesundheit wurden dafür regionale Knoten eingerichtet, die die BzGA mitfinanziert. In einer Datenbank wurden bisher Informationen über 2 700 Projekte gesammelt⁵. Außerdem wurde ein erster Kriterienkatalog entwickelt, um die Konzeptionen anhand von Qualitätskriterien zu bewerten⁶. Gute Projekte sollten über die regionalen Knotenpunkte diskutiert und bekannt gemacht werden. Die Ideen könnten so bundesweit verbreitet und genutzt werden. Diese Übertragung von Erfahrungen stelle sicher, dass bei begrenzten Mitteln nicht jeder das Rad neu erfinden müsse.

Informationsaustausch über vorbildliche Modelle

⁵ In der Datenbank können Gesundheitsprojekte unter www.datenbank-gesundheitsprojekte.de gezielt recherchiert werden bezüglich Umfeld/Setting, Handlungsfeldern, Angebotsarten, Zielgruppen, Altersgruppen, Träger oder Projektname, Bundesland und Postleitzahl bzw. Ort. Eine Zusammenfassung des Aktionsbeispiels „Schutzengel“ ist als Anlage 3 abgedruckt.

⁶ siehe Übersichten auf den beiden Folgeseiten

Übersicht 1: Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung und/oder Prävention⁷

Um gute Praxis innerhalb der Projekte und Maßnahmen zu stärken und auch neue gute Projekte und Maßnahmen anzuregen, hat der beratende Arbeitskreis der BzGA Kriterien guter Praxis verabschiedet.

1. Es liegt eine Konzeption und ein Selbstverständnis vor, aus dem ein klarer Zusammenhang zur Gesundheitsförderung und/oder Prävention hervorgeht sowie eine hierauf basierende Zielformulierung.
2. Die Zielgruppe der sozial Benachteiligten ist präzise eingegrenzt und wird tatsächlich erreicht.
3. Das Projekt hat innovativen Charakter bzw. innovative Aspekte. Hierbei darf die Nachhaltigkeit nicht aus den Augen verloren werden.
4. Es liegt ein Multiplikatorenkonzept vor, das Multiplikatoren/innen systematisch einbindet und ggf. qualifiziert.
5. Das Projekt bzw. Angebot ist niedrigschwellig (aufsuchend, begleitend und/oder nachgehend).
6. Es besteht ein hoher Grad an Beteiligungsmöglichkeiten/Partizipation für die Zielgruppe sozial Benachteiligter.
7. Es erfolgt eine Befähigung und Qualifizierung (Empowerment) der Zielgruppe sozial Benachteiligter.
8. Die Aktivitäten des Projektes integrieren Initiativen, die sowohl auf Gesundheitshandeln von Personen als auch auf strukturelle Änderung abzielen und sich am Settingansatz der WHO orientieren.
9. Es findet eine Ressourcenbündelung und übergreifende Zusammenarbeit statt, die einem integrierten Handlungskonzept entsprechen.
10. Im Projekt besteht ein Qualitätsmanagement/eine Qualitätsentwicklung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.
11. Dokumentation und Evaluation werden im Projekt zur Qualitätsentwicklung eingesetzt.
12. Die Kosten stehen in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen.
13. Das Projekt gibt selbst eine Begründung für die Aufnahme in die Liste der Good-Practice-Beispiele.

Die Kriterien 1 (Konzeption) und 2 (Zielgruppe) sind Mindeststandard für ein Good-Practice-Projekt ansonsten können auch Projekte für den Transfer genutzt werden, die nicht allen sonstigen Kriterien genügen sondern nur in einzelnen Kriterien vorbildlich sind.

Diese Kriterien sollen jetzt dazu dienen, in einem partizipativen Qualitätsentwicklungsprozess mit den Projekten und Maßnahmen gute Praxis zu identifizieren. Dies soll dann – z.B. über die Internetplattform – anderen Projektträgern zur Verfügung stehen. Bis zum Jahresende 2005 sollen die sich am Good-Practice-Projekt beteiligenden Projekte auf der Internetplattform recherchierbar sein.

⁷ Auszug aus Dr. Frank Lehmann, MPH, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln „Neue Kapazitäten für Gesundheitsförderung durch regionalen Strukturaufbau – das bundesweite Kooperationsprojekt Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, Vortrag auf dem 10. Kongress „Armut und Gesundheit“ am 03.12.2004 in Berlin, dort S. 3-4

Übersicht 2: Beispiel für das Erfüllen von Good-practice-Kriterien⁸

Als ein Beispiel für das Erfüllen von Good-Practice-Kriterien, die mit Hilfe eines halbstandardisierten Fragebogens von Mitgliedern des beratenden Arbeitskreises der BZgA erfasst wurden, soll hier das Projekt **„Frauengesundheit im Brennpunkt: Frauengesundheits-Treff Tenever“** vorgestellt werden:

Seit 1989 findet in einem Stadtteil in Bremen mit hohem Migranten/innen und Sozialhilfeempfänger/innen-Anteil ein regelmäßiges Kontaktangebot sowie psychosoziale Beratung statt. Ein offener Treff, ein gemeinsames Abendbrot und Gesundheitsförderungskurse werden ebenso angeboten, wie Beratung in Krisensituationen oder bei Einsamkeit. Im vergangenen Jahr gab es über 6.300 Kontakte in einem Einzugsgebiet, in dem 5.586 Frauen leben. Eine Evaluation auf Basis der Auswertung der Jahresberichte und von Experten/innen Interviews liegt vor. Die Nutzerinnen werden bei der Angebotserstellung und teilweise auch bei der Durchführung beteiligt. Insbesondere die Kriterien 1 (Konzeption, Selbstverständnis), 2 (Erreichung sozialbenachteiligter Zielgruppe), 3 (Innovation und Nachhaltigkeit), 5 (niedrigschwelliges Angebot), 6 (Partizipation), 7 (Empowerment), 11 (Dokumentation/Evaluation) wurden als Beispiele guter Praxis identifiziert. Sie können eine Anregung für andere Projekte und Dauermaßnahmen oder zur Gründung ähnlicher Projekte sein.

⁸ Auszug aus Dr. Frank Lehmann, MPH, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln „Neue Kapazitäten für Gesundheitsförderung durch regionalen Strukturaufbau – das bundesweite Kooperationsprojekt Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, Vortrag auf dem 10. Kongress „Armut und Gesundheit“ am 03.12.2004 in Berlin, dort S. 4

Bevor eine Kindergarten- oder Vorschulpflicht überlegt wird, ist es nach Auffassung von *Thomas Isenberg, Verbraucherzentrale Bundesverband*, erforderlich, für eine ausreichende und gute Ausstattung mit Kindertagesstätten zu sorgen. Eltern müssten überzeugt sein, dass ihre Kinder dort optimal betreut werden, damit sie ihre Kinder freiwillig dorthin schicken. Dabei müsse die Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert haben. Diesen Impetus könne das Präventionsgesetz durch die Setting-Orientierung setzen. Wie Prof. Dr. Lauterbach sieht er eine deutliche Korrelation zwischen Arbeitslosigkeit und gesundheitlicher Benachteiligung. Damit Arbeitslose besser als bisher erreicht werden, hält er es für erforderlich, dass die Arbeitslosenversicherung in die Präventionsarbeit einbezogen wird. Er bedauert, dass dies im Präventionsgesetz nicht geschehen ist.

Tageseinrichtungen stoßen bei Problemlösung an Grenzen

Eine *Vertreterin des Landesjugendamtes Rheinland-Pfalz* hält eine Verpflichtung zum Kindergartenbesuch für nicht erforderlich. Der Rechtsanspruch auf einen Tageseinrichtungsplatz reiche aus, eine hohe Anzahl von Kinder ab drei Jahren besuche die Tagesstätten. Wichtig sei es dagegen, das Programm für jüngere Kinder auszubauen und eine Tagesbetreuung anzubieten. Die Tageseinrichtungen seien auch mit Fragen der Gesundheitserziehung und Bewegung sehr vertraut und hätten auf die Anforderungen einer gesunden Ernährung reagiert. Notwendig sei jedoch eine verbesserte Zusammenarbeit, da Tageseinrichtungen allein überfordert seien, bestehenden Problemen Rechnung zu tragen. So ließen viele Familien die Kinder nicht über Mittag in der Einrichtung, weil sie das Essen bezahlen müssen. Obwohl die Kinder hungrig nach Haus gingen, könnten die Tageseinrichtungen nicht eingreifen, obwohl sie die Notwendigkeit und Möglichkeit der Prävention sehen.

Kampagnen – ein erfolgreiches Präventionsinstrument

► *Die Erfolge von Kampagnen sind an vielfältigen Beispielen belegbar.*

Erfolgsbeispiele Nordkarelien (Finnland) und Aids

Das berühmte finnische Nordkarelien-Projekt⁹ zeigt nach Auffassung von *Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder, Gesundheitsministerium*, eindrucksvoll, wie erfolgreich Prävention sein kann. Es habe nur einen „kleinen wissenschaftlichen Schönheitsfehler“. Man konnte zwar nachweisen, dass die Blutfettwerte in Nordkarelien gesunken seien. Seltsamerweise hätten sich aber auch die Werte in Helsinki verbessert, das am Projekt überhaupt nicht beteiligt war. Der Grund liege in der Vermittlung der Kampagne über die Medien. Da die beteiligten Sender wegen der guten Popmusik von vielen Jugendlichen gehört wurden, habe dies zu Verhaltensänderungen auch außerhalb des Projektgebiets geführt. Das Beispiel zeige,

⁹ vgl. Erläuterungen auf S. 8

dass eine Motivation zur Gesundheitsvorsorge möglich sei, wenn man das richtige Thema anspreche, es zielgruppenspezifisch vermarkte und gleichzeitig Möglichkeiten zum aktiven Handeln aufzeige.

Man müsse jedoch nicht unbedingt nach Finnland gehen. Die Aids-Kampagne, die in Deutschland seit ungefähr 25 Jahren laufe, sei ebenfalls ein deutlicher Beweis für den Erfolg von Präventionskampagnen. Die Aids-Erkrankungsraten in Deutschland seien aus Sicht vieler Experten so niedrig wegen der sehr erfolgreichen Prävention. Erfolge konnten auch beim Impfen und bei der Zahngesundheit verbucht werden.

Dr. Elisabeth Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, erläutert, dass die Erfolge der Aids-Kampagne sehr gut messbar seien. Denn die Kampagne sei von Anfang an wissenschaftlich begleitet, ausgewertet und aufgrund der wissenschaftlichen Begleitung ständig weiter entwickelt worden. Dazu gehöre, dass die BzgA anhand eines Indikatorensystems zeigen könne, wie hoch der Wissensstand in der Bevölkerung ist. Durch entsprechende Studien könne außerdem die Verbindung zwischen dem Wissensstand, den Verhaltensänderungen und den Aufklärungsmaßnahmen belegt werden. Es lasse sich nachweisen, dass es seit dem Start 1987 aufgrund der intensiven und nachhaltigen Aufklärungsstrategie gelungen sei, sehr viele Menschen über diesen langen Zeitraum zum Schutzverhalten zu motivieren.

Messbare Erfolge der Aids-Kampagne

Bei der Ausbreitung von HIV und Aids stehe Deutschland damit heute in Westeuropa an viertniedrigster Stelle. Verglichen mit der weltweit katastrophalen Situation und der dramatischen Entwicklung in Osteuropa stehe Deutschland damit sehr gut da. Der Kenntnisstand in der Bevölkerung sei bemerkenswert hoch. Weit über 90 Prozent der Menschen wissen, wie man sich anstecken und wie man sich schützen kann. Im Vergleich dazu ist nur 82 Prozent der Bevölkerung bekannt, dass sich – wie von Kopernikus vor 400 Jahren festgestellt - die Erde um die Sonne dreht und nicht umgekehrt. Die Aids-Kampagne sei also ein durchschlagender Erfolg.

In Bezug auf die schichtenspezifische Wirkung der Aids-Kampagne erläutert sie, dass es sich um eine klassische Kampagne handle, die nicht nur aus öffentlichkeitswirksamen Massenkommunikationsmitteln besteht. Sie setze vielmehr durch viele zielgruppengerechte Maßnahmen da an, wo sozial schwache Männer, Frauen, Jugendliche spezifisch angesprochen werden müssen. Als klassische Kampagne verbinde sie die Massenkommunikation mit Setting-Ansätzen, Plakataktionen, Fernseh- oder Kino-Spots, individueller Aufklärung und zugehender Aufklärung. So müsse man für homosexuelle Männer als Hauptbetroffenen Projekte in der Szene, z. B. in Schwulen-Saunen machen, um diese Zielgruppen zu erreichen. Dies geschehe in der Aids-Kampagne, die Zugangswege zu unterschiedlichen Zielgruppen entwickelt habe.

Aids-Kampagne wirkt schichtenspezifisch

Prof. Dr. Karl W. Lauterbach, Universität Köln, bestätigt, dass es bei der Aidskampagne gelungen sei, in beide hauptbetroffene Gruppen hinein zu wirken. Dies gelte sowohl für homosexuelle Männer, die vom Durchschnittseinkommen oberhalb des Durchschnitts liegen, wie auch für sozial Schwache, insbesondere drogenabhängige Hochrisikogruppen. Im Gegensatz zu ähnlichen Kampagnen in den USA habe sie die sozial Schwachen voll erreicht. Dies sei ein Paradebeispiel für eine gelungene Präventionskampagne und ein enormer Erfolg. Leider sei dies die Ausnahme.

Ein *Vertreter der Berufsgenossenschaften* verweist auf die fast 100-jährige Erfahrung mit präventiven Maßnahmen und positive Resultate mit dem Präventionsinstrument

Erfolgreiche Kostendämpfung bei Berufsgenossenschaften

Kampagne. Er erläutert, dass die Ansätze der Berufsgenossenschaften sehr häufig versicherungs- bzw. kostenbasiert sind. Präventionsziele werden folglich in Bereichen formuliert, in denen hohe Kosten anfallen.

Aus diesem Grund habe man zur Unfallgefahr Stolpern, Stürzen und Ausrutschen eine zweijährige Kampagne initiiert, mit dem Ziel, diese Unfallart um 15 Prozent zu verringern. Das Ergebnis sei sehr zufrieden stellend. Am Ende der Kampagne könne man eine Reduktion der Unfallart um 26 Prozent verbuchen. Bei Kosten in Höhe von ca. 1 350 Euro pro Unfall resultiere daraus eine erhebliche Kosteneinsparung.

Ratlose Patienten

► ***Von Patientenseite werden Einschränkungen der Kassenleistungen für Vorsorgeleistungen kritisiert. Unzureichende Information erschwere eine qualifizierte Entscheidung über zusätzlich angebotene Präventionsmaßnahmen.***

Ausweitung der Kassenleistungen für Vorsorge?

Mehrere Teilnehmer beklagen, dass die Kassenleistungen für Vorsorge eingeschränkt wurden. Als Patient bekämen sie nun Kataloge mit ergänzenden Vorsorgemaßnahmen vorgelegt, seien aber nicht ausreichend informiert und schlecht beraten. Sie könnten daher keine qualifizierte Entscheidung treffen. Außerdem seien die angebotenen Maßnahmen meist teuer. Die Kassen sollten daher Sorge dafür tragen, dass Prävention wie versprochen finanziert wird. Andernfalls führe dies zu einer sozial ungleichen Verteilung, nur der besser Gestellte könne sich eine gute Vorsorge leisten.

Thomas Isenberg, Verbraucherzentrale Bundesverband, vertritt die Auffassung, dass die Krankenkassen Maßnahmen wie Impfungen finanzieren müssten, für die staatliche Einrichtungen wie die Impfkommission Empfehlungen abgeben. Es sei ein Skandal, wenn dies nicht geschehe.

In den Fällen, wo Vorsorgemaßnahmen empfohlen werden, hält er es für legitim, den Verbraucher zur Teilnahme zu motivieren. Dazu gehörten die Bonusregelungen der Gesundheitsreform. Völlig illegitim ist es seines Erachtens dagegen, wenn einzelne Fachärzte den Eindruck erwecken, dass der Patient für individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) zahlen müsse, weil die kassenfinanzierten Leistungen unzureichend seien. Er äußert die Hoffnung, dass das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin systematische Informationen und Empfehlungen für Patienten erstellt.

Die von den Kassen veröffentlichten Falblätter hält er für nicht ausreichend. Erforderlich sei, dass nicht nur eine Empfehlung gegeben wird, sondern auch die Erkenntnisgrundlagen für diese Aussage angeführt werden.

Qualifizierte Patienteninformation erforderlich

Der Ansatz der individuellen Vorsorgemaßnahmen müsse begleitet werden von der Förderung von Strukturen. Es helfe einem Patienten wenig zu wissen, dass er Risikofaktoren oder eine bösartig Vorerkrankung hat. Notwendig seien begleitende Maßnahmen zur Förderung von Selbsthilfegruppen. Dort könnten Patienten lernen, mit der Diagnose umzugehen und sich dann möglichst gesundheitsfördernd zu verhalten. Das Präventionsgesetz biete Orte der Diskussion an und Möglichkeiten der verbesserten Förderung. Als Fazit sieht er daher im Präventionsgesetz große Chancen und hält es für politisch unverantwortlich, diese Chance nicht bald wieder aufzugreifen und umzusetzen.

Er fürchtet gleichzeitig, dass die Diskussion um das Präventionsgesetz dazu führt, dass die Eigenverantwortung geschwächt werden kann. Denn beim einzelnen Patienten könne der Eindruck entstehen, dass die neue Präventionsstiftung oder die Krankenkasse diese Aufgabe übernimmt. Prävention beginne jedoch beim eigenen Handeln. Dies beschränke sich nicht auf das eigene Ernährungsverhalten, sondern umfasse auch das Handeln als Elternteil. Er empfindet es als Skandal, dass Richtlinien über (ungesüßte) Tees in Kindertagesstätten notwendig sind. Bürger müssten hier selbst Verantwortung übernehmen und mit den Erziehungspersonen über diese Fragen diskutieren. Es könne auch nicht sein, dass Kinder auf Zucker „angezüchtet“ und gleichzeitig Sportfeste über Coca Cola u. ä. gesponsert werden.

Ulrich Weigeldt, Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), rät Patienten, denen lediglich ein Katalog mit IGeL-Leistungen vorgelegt wird, die Praxis zu verlassen. Wenn ein Arzt mit der Angst der Patienten operiere, solle ein Patient zumindest eine zweite Meinung einholen. In Ausnahmefällen könnten zusätzliche Leistungen sinnvoll sein. Man habe jedoch im medizinischen Bereich nie eine 100-prozentige Sicherheit, da die Menschen individuell reagieren. Während ein Patient Präparat A gut vertrage, komme es bei anderen zu Komplikationen. Dies gelte auch bei der Vorsorge. So werde die viel diskutierte Laboruntersuchung zur Vorbeugung von Prostatakrebs von den Ärzten nicht propagiert. Denn es fehle der Nach-

Individuelle Patientenreaktionen berücksichtigen

weis, dass Menschen dadurch länger leben. Das Gegenteil könne der Fall sein. Wenn bei einer Untersuchung etwa ein erhöhter Wert festgestellt werde, der nur vorübergehender Natur ist oder der das Leben des Patienten nicht beeinträchtigt, könne dies zu unnötiger Beunruhigung führen. Falsch verstandene Vorsorge könne aus diesem Grund mehr Schaden anrichten als keine Vorsorge. Wichtig sei außerdem die Qualitätssicherung.

In der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen werde intensiv diskutiert, welche Früherkennungsmaßnahme sinnvoll sind. Dabei spiele natürlich die Kostenfrage immer eine Rolle. Er äußert sich eher skeptisch, dass das neue Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin hierfür in Kürze Entscheidungsgrundlagen liefern kann.

IV - Koordinierte Aktionen

Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“

► **Die Verbesserung der Zusammenarbeit, der Qualität und Information sind die Aufgabenschwerpunkte der Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“.**

Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder, Gesundheitsministerium, erläutert, dass der Gesetzentwurf die Einrichtung einer Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“ auf Bundesebene vorsieht, um das Zusammenwirken der Sozialversicherungsträger, Gebietskörperschaften und anderer Akteure zu fördern. Sie soll

- Empfehlungen zu Präventionszielen,
- Vorschläge für Leistungen der Verhaltensprävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und
- Qualitätsstandards erarbeiten, sich an
- Modellprojekten und
- Kommunikationskampagnen zur gesundheitlichen Aufklärung beteiligen sowie
- Maßnahmen evaluieren.

Hierfür sollten 50 Millionen Euro bereit gestellt werden, die auch über das laufende Haushaltsjahr hinaus eingesetzt werden könnten.

Finanzielle Ausstattung

► **Die öffentlichen Mittel für Prävention stehen für eigene Aktivitäten der Sozialversicherungsträger sowie für gemeinsame Projekt mit Ländern und Kommunen zur Verfügung. Damit sollen neue Handlungsorte eröffnet und die Kooperation gefördert werden.**

Für die Sozialversicherungsträger sah das Präventionsgesetz nach Angaben von Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder, BMGS, jährlich Mittel in Höhe von 250 Millionen Euro vor. Davon sollten

250 Mio. Euro für Sozialversicherungsträger

- 180 Millionen für die gesetzlichen Krankenversicherungen,
- 40 Millionen für die gesetzlichen Rentenversicherungen,
- 20 Millionen für die gesetzliche Unfallversicherung,
- 10 Millionen für die gesetzliche Pflegeversicherung

zur Verfügung gestellt werden.

Bei den Krankenkassen habe der Gesetzgeber den bestehenden Finanzrahmen des Sozialgesetzbuches V (SGB V) für präventive Maßnahmen bewusst nicht überschritten, also 2,56 Euro pro Versichertem. Bereits heute werde der entsprechende Gesamtbetrag von 180 Millionen Euro von den gesetzlichen Kassen leider nicht ausgeschöpft. Dies habe viele Gründe und mit dem Präventionsgesetz sollten die Kassen die Chance erhalten, die Mittel in vollem Umfang zu nutzen. Dies sei auch einer der Gründe für die Bildung der neuen Stiftung. Denn sie habe die Möglichkeit, über ein Haushaltsjahr hinweg Mittel so zu thesaurieren, dass sie nur für Prävention und nicht für andere Ziele genutzt werden können.

Aus dem Gesamtbetrag von 250 Millionen Euro sollten 40 Prozent, also 100 Millionen Euro, den Sozialversicherungsträgern für eigene Aktivitäten zur Verfügung stehen. Dazu müsse man wissen, dass die vier Beteiligten unterschiedliche Präventionsansätze verfolgen. So habe sich die GKV in den letzten Jahren aus guten Gründen auch bei der Prävention eher wettbewerblich aufgestellt. Ziel sei es, sich bei den eigenen Versicherten deutlich zu profilieren. Die Unfall- und die Rentenversicherung seien dagegen eher darauf ausgerichtet, Präventionsmaßnahmen auf breiter Front und gleichmäßig voranzutreiben. Unter diesem Gesichtspunkt sei die Finanzverteilung von 100 Millionen Euro für die Sozialversicherungsträger in eigener Verantwortung ein guter, wichtiger Kompromiss gewesen.

Auf einer zweiten Ebene wurde festgelegt, dass 40 Prozent dieser Mittel auf Länder und Kommunen entfallen sollten. Hintergrund für diese Aufteilung sei, dass durch die Kooperation der Sozialversicherungsträger mit Ländern und Kommunen ein Mehrwert entstehe. Denn durch die Zusammenarbeit würden den Sozialversicherungsträgern viele Handlungsorte wie Schulen, Jugendeinrichtungen, Kindertagesstätten eröffnet, die ihnen normalerweise verschlossen sind.

Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder erinnert daran, dass dieses Modell in der Zahngesundheit bereits seit Beginn der neunziger Jahre praktiziert werde und dass diese Vertragspartnerschaften zwischen den Krankenkassen und den öffentlichen Zahngesundheitsdiensten Deutschland in der WHO an einen der vorderen Plätze gebracht habe. Die Möglichkeit, mit den Mitteln der Sozialversicherungsträger an den Ort des Geschehens zu kommen, zwingt geradezu zu einer solchen Kooperation. Er verstehe daher nicht, dass dieser Ansatz von einigen als zu komplex kritisiert werde.

Koordinierung der Politikfelder und Vernetzung der Kompetenzen

► **Unterschiedliche Politikbereiche wie Schule und Sport müssen besser abgestimmt werden.**

Ein entscheidender Punkt liegt nach Auffassung von *Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder* im Zusammenspiel der Politikfelder. So mache beispielsweise der Zuwachs bei den Stoffwechselerkrankungen deutlich, dass unterschiedliche Politikbereiche wie Schule und Sport aufeinander abgestimmt werden müssen. Denn neben der Ernährung müsse ein weiterer Schwerpunkt der Prävention auf der Bewegung liegen. Im Zusammenspiel der Kräfte müsse sehr viel deutlicher werden, dass Bildung ein zentrales Element sei und dass es vernünftige und klare Rahmen- und Mindestbedingungen geben müsse.

Dies gelte auch für die Länderebene. Aber der Versuch der Bundesebene, den Ländern auf freiwilliger Basis zusätzliche Mittel in Milliardenhöhe jährlich zur Verfügung zu stellen, um das Angebot zu verbessern, sei gescheitert. Dies sei ein politisch interessanter Vorgang, denn normalerweise nehme jeder gerne Geld, vor allem wenn wie im vorliegenden Fall die Landeshaushalte entlastet worden wären.

Er sei persönlich überzeugt, dass die Förderalismusreform hier sehr schnell praktische Ergebnisse erzielt hätte, wenn sie zu Ende gebracht worden wäre. Sie hätte bei bestimmten Themen klare Verantwortlichkeiten geschaffen und die Lösung bestehender Probleme in der Umsetzung erleichtert.

Eine *Vertreterin des Verbandes der Diätassistenten* kritisiert die fehlende Thematisierung der Prävention als gesellschaftspolitische Aufgabe. So sei bei jüngeren Müttern vermehrt zu beobachten, dass sie beispielsweise nicht mehr in der Lage sind zu kochen. Daraus resultierten erhebliche Defizite in der Ernährung. Bei diesem Bildungsproblem seien die Kultusministerien gefordert. Sie plädiert außerdem dafür, nicht nur Einrichtungen wie Ämter und Schulen zu vernetzen, sondern auch Fachkompetenzen. Sie sieht gute Erfolgsaussichten, wenn man etwa Fachberufe aus dem Gesundheitssektor mit anderen Berufen wie Sportlehrern zusammenbringe.

Ausreichendes Engagement der öffentlichen Hand?

► **Das Bundesgesundheitsministerium finanziert jährlich Aufklärungsmaßnahmen mit 40 Millionen Euro. Erstrebenswert ist eine Modernisierung der öffentlichen Gesundheitsdienste.**

Auf die kritische Nachfrage, ob sich der Staat ausreichend engagiere, verweist *Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder* darauf, dass allein das Bundesgesund-

heitsministerium jährlich 40 Millionen Euro für die Prävention zur Verfügung stellt. Mit diesen Mitteln werde in erster Linie die Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unterstützt, die zum Ressort des Gesundheitsministeriums gehört. Damit würden nicht nur die Aids-Kampagne, sondern auch Aufklärungsmaßnahmen zu anderen Themen wie Ernährung finanziert.

Ein zweiter großer Schwerpunkt liege in der präventiven Bekämpfung von legalen sowie illegalen Suchterkrankungen. Ein dritter Komplex sei die Bekämpfung von Infektionskrankheiten, für die das Robert-Koch-Institut zuständig ist. In diesem Bereich der öffentlichen Gesundheit bestehe auch eine erfolgreiche Zusammenarbeit vom Bund bis hinein in die Kommunen. Außerdem habe das Gesundheitsministerium erhebliche Beträge im Bundeshaushalt freigemacht, um die neue Präventionskampagne richtig anzufahren und um ein deutliches Zeichen zu setzen, dass der Einstieg in die Prävention eine eigene Anstrengung wert sei.

Öffentliche Gesundheitsdienste nicht abbauen, sondern ausweiten und modernisieren

Vergleichbares könne man auch für Länder und Kommunen sagen, wenn auch mit unterschiedlichem Gewicht für die einzelnen Gebietskörperschaften. Diese Aussagen bezögen sich auf Aufwendungen für Prävention im engeren Sinne. Prävention könne jedoch weiter gefasst werden. Eine wichtige Frage betreffe die öffentlichen Gesundheitsdienste. In einem Dialogprozess hätten Bund, Länder, Kommunen erörtert, was sie in ihren Verantwortlichkeiten - in der Jugendhilfe, in der Kulturpolitik, der Schulpolitik - tun können. Diskutiert wurde außerdem, wie zu verhindern ist, dass öffentliche Gesundheitsdienste abgebaut werden, statt sie zu einem modernen Gesundheitsdienst zu entwickeln und auszubauen. Dabei sei beispielsweise beim Impfen erwogen worden, die Impfstoffe durch die Krankenkassen zahlen, die Impfung selbst durch die öffentlichen Gesundheitsdienste vornehmen zu lassen. Dieser Prozess sei aus verschiedenen Gründen gebremst worden. Auch sei nicht erst sei Hartz IV klar, dass der Bund kein Land und keine Kommune zu etwas verpflichten könne.

Gesamtgesellschaftlichen Kontext sehen

Thomas Isenberg, Verbraucherzentrale Bundesverband, plädiert dafür, dass die Bundesregierung den gesamtgesellschaftlichen Kontext sehen müsse. Positiv bewertet er den Einsatz von Verbraucherministerin Renate Künast, die sich dafür eingesetzt hat, dass Produkte mit zuviel Zucker nicht mehr als gesundheitsfördernd beworben werden dürfen. Er findet es unverständlich, dass die Lebensmittelindustrie und die Werbebranche dagegen Amok läuft und mit der Einschränkung der Meinungsfreiheit argumentiert. Es sei Aufgabe der Gesellschaft zu entscheiden, was als höheres Gut anzusehen ist - das Recht auf Werbung seitens des Anbieters oder das Recht der Bevölkerung auf einen hohen Gesundheitsstandard. Derartige Fragen und Entscheidungen dürften nicht in die Verantwortung einzelner Akteure wie der Krankenkassen abgeschoben werden.

Prävention im Wettbewerb der Krankenkassen

► **Die Präventionsarbeit der Krankenversicherungen beschränkt sich nicht auf die gesetzlich festgelegten 2,56 Euro pro Versicherten für Gesundheitsförderung, mit dem nur ein begrenztes Spektrum an Maßnahmen finanziert werden kann. Im Wettbewerb untereinander achten die gesetzlichen Kassen verstärkt darauf, dass andere Kassen nicht von den eigenen öffentlichkeitswirksamen Programmen profitieren.**

Dr. Eckard Fiedler, Vorsitzender des Vorstands der Barmer Ersatzkasse, verteidigt die gesetzlichen Krankenkassen gegen den Vorwurf, dass sie die Gelder für die Prävention nicht voll ausschöpfen. Seines Erachtens ist entscheidend, was zur Prävention gerechnet wird. Die Barmer Ersatzkasse starte derzeit eine große Kampagne „Deutschland bewegt sich“. Sie habe einen ähnlichen Charakter wie das finnische Nordkarelien-Projekt. Sie setze lokal und regional an. Im Ergebnis habe dies auch positive Auswirkungen in anderen Regionen. Es gehe dabei darum, dass man Prävention nicht nur propagieren, sondern die Idee in die Lebenswelten hineinbringen, die Menschen erreichen und begeistern müsse.

Diese Kampagne enthalte daher eine Reihe von Maßnahmen, die stark über die Medien transportiert werden und sehr mitreißend und animierend gestaltet sind. Aus diesem Grund müssten sie teilweise unter Marketing verbucht werden. Eine Verwaltungskostenzuordnung unter den 2,56 Euro pro Versicherten für Gesundheitsförderungsmaßnahmen sei nicht zulässig. In der Arbeit der Barmer Ersatzkasse laufe daher sehr viel mehr Präventionsarbeit, als sich hinter diesem Geldbetrag verberge, mit dem nur ein begrenztes Spektrum qualitativ abgesicherter Maßnahmen finanziert werden kann. Er behaupte daher, dass die Barmer Ersatzkasse weitaus mehr ausbebe als 2,56 Euro pro Versicherten. Dennoch müsse auch das Geld, das an anderer Stelle ausgegeben werde, gerechtfertigt sein. Man müsse daher sehen, dass mit den Geldern Prozesse angestoßen und im Sinne des Cross-Marketing vernetzt werden. Die Kampagne „Deutschland bewegt sich“, die inzwischen 15 Millionen Menschen erreicht habe, koste viel Geld. Es komme aber in erster Linie nicht von der Barmer, sondern von Kooperationspartnern. Unter Einbeziehung dieser externen Mittel werde daher insgesamt sehr viel mehr Geld für Prävention ausgegeben, als es die Fixierung auf die erwähnten 2,56 Euro vermuten lasse.

*Präventionsaktivitäten
müssen teilweise unter
Marketing verbucht
werden*

Auf Nachfrage eines Kinderarztes erläutert er, dass ein gesetzlich geregeltes Programm der Kindervorsorge existiere, das auch Impfungen umfasst. Er hält es für erstrebenswert, die Impfquote zu erhöhen, weist aber gleichzeitig darauf hin, dass offen darüber geredet werden müsse, ob die Kassen diese Kosten übernehmen muss.

Er sieht in Kindern eine wichtige Zielgruppe und findet es sehr erschreckend, dass „Altersdiabetes“ insbesondere als Folge von mangelnder Bewegung und falscher

Ernährung zunehmend bei Kindern und Jugendlichen auftritt. Eine große Bedeutung komme daher der Ernährung und Bewegung zu. Angesichts des Wettbewerbs zwischen den Krankenversicherungen stelle sich die Frage, wie die einzelne Kasse das Geld so ausgeben kann, dass andere Kassen nicht davon profitieren. Die Barmer Ersatzkasse habe beispielsweise schon vor Jahren eine Vereinbarung mit Landessportverbänden und Kultusministerien der Länder abgeschlossen, um gezielt Schülersportabzeichen und einen angemessenen Sportunterricht zu fördern. Ziel sei es, den Wettbewerb zwischen den Schulen zu initiieren. Wer die meisten Sportabzeichen mache, werde durch Landessportbund, Landesministerium und die Barmer Ersatzkasse ausgezeichnet. Die Barmer zahle für jedes gemachte Sportabzeichen einen bestimmten Betrag zur Anschaffung von Sportgeräten. Es handle sich um einen Setting-Ansatz mit Fokus auf der Problematik Bewegungsmangel.

Er habe nichts gegen die Einrichtung eines allgemeinen „Topfes“, der Gelder für gemeinsame Maßnahmen der GKV zur Verfügung stellt, um beispielsweise den Präventionsansatz in Schulen stärker zu verankern. Gleichzeitig müsse aber ausreichend Raum gelassen werden für Kreativität, Innovation und Wettbewerb. Dies bewirke letztlich, dass gute Beispiele Nachahmer finden. Die notwendigen Grundlagen müssten gemeinsam, spezielle Fragestellungen aus dem Wettbewerb heraus angegangen werden. Er sieht außerdem bei gemeinsamen Aktionen die Gefahr, dass sie teuer und schwerfällig sind.

Private Krankenkassen einbinden

► ***Eine Verpflichtung der privaten Krankenkassen ist verfassungsrechtlich nicht möglich.***

Dr. Eckard Fiedler, Barmer Ersatzkasse, kritisiert, dass die privaten Krankenkassen (PKV) nicht einbezogen wurden. Damit blieben die Stärkeren in der Frage der Verteilung der Finanzlasten erneut außen vor. Die PKV hätte auf jeden Fall zur Zahlung mitverpflichtet werden müssen, auch wenn dies nicht zu einer erheblichen Aufstockung der Finanzmittel geführt hätte. Wichtig ist aber seines Erachtens der Gerechtigkeitsaspekt. Im Sinne des sozial Ausgewogenen und Gerechten müssten die Stärkeren ihren Beitrag zu dieser dringend notwendigen gesamtgesellschaftlichen Aufgabe leisten.

Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder, BMGS, unterstützt diese Aussage in der Sache. Aus verfassungsrechtlichen Gründen sei es jedoch nur möglich gewesen, eine Öffnungsklausel im Gesetz zu verankern, die die PKV zur Beteiligung auffordert. Eine weitergehende Verpflichtung sei nicht durchsetzbar. Es habe mit der PKV auf sehr hoher Ebene Gespräche gegeben, um sie zu einer Mitwirkung zu motivieren.

Die PKV-Vertreter hätten sich jedoch darauf beschränkt, in begrenztem Umfang bei der Aids-Bekämpfung aktiv zu werden. Nach seiner Überzeugung habe sich die PKV selbst eine Chance genommen, sich mit eigenen Projekten, einem Engagement in der Präventionsstiftung und lokaler Vernetzung zu profilieren und so einen Imagegewinn zu verbuchen.

Ärzte stärker einbeziehen

► **Vertreter der Ärzte plädieren für eine stärkere Verankerung der Ärzte im Rahmen des Präventionsgesetzes, für einen Ausbau der öffentlichen Gesundheitsdienste und eine verbesserte Kooperation mit den Kassen.**

Ulrich Weigeldt, Kassenärztliche Bundesvereinigung, hält Prävention für sinnvoll. Als Arzt plädiert er dafür, Prävention nicht nur unter ökonomischen Gesichtspunkt zu sehen, dies könne sich bei der Umsetzung sogar bremsend auswirken. Denn der Mensch sei nicht nur vom Geld getrieben. Seines Erachtens ist vielmehr die Verbesserung der Lebensqualität ein wichtiger Aspekt, um die Menschen für die Prävention zu gewinnen.

Er kritisiert außerdem das Präventionsgesetz. Abgesehen von einer wie auch immer gearteten Beteiligung würden die Ärzte im Gesetz kaum berücksichtigt. Es gehe offensichtlich davon aus, dass dies nicht notwendig sei, da die Ärzte bereits präventive Arbeit machen. Er hält das Präventionsgesetz außerdem für schwerfällig. Dies habe sich bereits im Gesetzgebungsprozess gezeigt. Je stärker der öffentliche Dienst involviert worden sei, desto umständlicher sei das Vorhaben geworden. Die langwierigen Vorbereitungen – angefangen beim Runden Tisch Prävention über das Forum Prävention – hätten zu einem Zeitverlust geführt, der für die jetzige Blockade des Gesetzes mit verantwortlich sei.

Unzureichende Berücksichtigung der ärztlichen Präventionsarbeit

Man müsse seines Erachtens darauf achten, das Kind nicht mit dem Bade auszuschütten, nach dem Motto: Die Wirkung der ärztlichen Präventionsarbeit ist nicht ausreichend, nun sollen es die anderen richten. Er warnt davor, die Aids-Kampagne generell als Vorbild zu nehmen. Es handle sich um eine begrenzte Fragestellung und Aktion, auf die man gut fokussieren könne und die einfach und leicht verständlich umsetzbar sei. Prävention insgesamt sei jedoch sehr viel diffuser und thematisiere allgemeine und komplexe Sachverhalte wie mehr Bewegung oder gesunde Ernährung. Prävention müsse außerdem höchst unterschiedliche Zielgruppen erreichen. Es sei daher sehr viel schwieriger, zu konkret vorzeigbaren Ergebnissen zu kommen.

Er plädiert für eine Herangehensweise auf unterschiedlichen Wegen. So müssten Möglichkeiten genutzt werden,

Spielraum für spezielle Präventionsinitiativen

damit sich spezielle Präventionsinitiativen selbst entwickeln können. Als Beispiel nennt er die Aktivitäten des deutschen Präventionsnetzwerkes zur Früherkennung von Darmkrebs. Die Nachfrage nach Flyern sei so stark, dass es Probleme mit dem Nachdruck gebe.

Gleichzeitig müsse man sich auf Kampagnen konzentrieren, die einen starken, gut umsetzbaren Fokus haben. Vorstellbar sei dies mit Setting-/Lebenswelten-Ansätzen oder dem Aufbau von Netzwerken aus bestehenden Initiativen. In Bayern etwa gingen Kinderärzte in die Kindergärten. Dabei dürfe nicht unterschätzt werden, dass Ärzte einen hohen Vertrauensvorschuss haben, dass sie mit ihren Aussagen als Botschafter akzeptiert werden. Auf diese Boni müsse man aufbauen und sie gezielt in der Prävention einsetzen.

Es gebe kein „entweder – oder“; auch kleinere Kampagnen wirkten und bereiteten gleichzeitig den Boden für umfassendere Maßnahmen.

Hohe präventive Wirkung von Impfungen nutzen

Ein *Vertreter der Kinder- und Jugendärzte* beklagt erhebliche Lücken bei der Impfung, der seines Erachtens besten und evaluiertesten Form der Prävention. Die deutsche Durchimpfungsrate liege im europäischen Mittelfeld. Masernepidemien wie unlängst in Bayern und Hessen seien das Ergebnis. Er fordert daher für jedes Kind ein Grundrecht, vor jeder impfpräventiblen Erkrankung geschützt zu werden, gegen die es einen wirksamen, nebenwirkungsarmen Impfstoff gibt. Diese Kosten sollten von den Kassen übernommen werden.

Im Rahmen von Setting-Ansätzen besuchten Kinder- und Jugendärzte bereits seit Jahren freiwillig Kindergärten und Schulen. Die Erfolge bei der Zahngesundheit zeigten, dass Erfolge erzielbar sind und weiter ausgebaut werden müssen.

Öffentliche Gesundheitsdienste ermöglichen umfassende Prävention für bestimmte Bevölkerungsgruppen

Dazu gehöre ein Aus-, nicht Abbau der öffentlichen Gesundheitsdienste, die als einzige eine aufsuchende Gesundheitsfürsorge durchführen könnten. Mit Hilfe von Schuleingangsuntersuchungen könne der Gesundheitszustand ganzer Jahrgänge nach standardisierten Methoden festgestellt werden. Niedergelassene Ärzte könnten dies nicht leisten, da sie nur im Rahmen der „Komm-Struktur“ agieren. Einige Kinder fielen so zwangsläufig durch das Raster.

Trotz mehrerer Versuche sei es bisher auch nicht gelungen in den Schulen aktiv zu werden. Die Ärzteschaft habe einen Ordner „Arzt und Schule“ entwickelt, in dem beschrieben wird, was Ärzte und Lehrer gemeinsam in den Schulen leisten können. Die Finanzierung sei über Sponsoren sowie aus eigenen Mitteln erfolgt, von den Kassen hätten sie kein Geld erhalten.

Dort fehlten die Erkenntnisse, wo man sich sinnvollerweise engagieren sollte. So bemühten sich die Kinder- und Jugendärzte seit einem Jahr vergeblich, mit den Krankenkassen im Rahmen des GMG Verträge zum Ausbau der Prävention abzuschließen. Dabei werde argumentiert, dass Kinder und Jugendliche keine Hauptzielgruppe seien, um Kosten einzusparen. Denn die Ausgaben für diese Zielgruppe lägen unterhalb von fünf Prozent. Daher werde bevorzugt in andere zukunftssträchtige Schwerpunkte investiert. Dieser Ansatz sei verfehlt. Investitionen in die Zukunft müssten umgekehrt schon im Mutterleib, nicht erst bei Erwachsenen einsetzen. Es bringe nichts, wichtige Untersuchungen bei Kindern nicht zu finanzieren, dafür jährliche Gesundheitsuntersuchungen bei Erwachsenen. Sie seien weniger sinnvoll und zudem nicht evaluiert.

Verhinderte Kooperation, da Kinder und Jugendliche keine Hauptzielgruppe der Kassen?

Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder, BMGS, betont, dass die gesamte Gesundheitspolitik der Bundesregierung darauf ausgerichtet sei, die Primärprävention zu stärken. So seien bei der Gesundheitsreform Vorsorgemaßnahmen bewusst von der Praxisgebühr und von Zuzahlungen freigestellt worden. In vielen Fällen wie den strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke, die sekundärpräventive Elemente enthalten, seien Boni möglich. Eine wesentliche Leitlinie des gesamten gesundheitspolitischen Ansatzes des SGB V sei die Qualitätssicherung der Prävention. Das Beispiel des Brustscreening sei aber ein prominentes Beispiel dafür, wie schwierig dies in der Implementierung sei.

Gesamte Gesundheitspolitik stärkt Primärprävention

Ausblick

Chance Präventionsgesetz nutzen

Bernd Seguin, Ressortleiter Gesundheits- und Sozialpolitik, Wissenschaft und Bildung, Norddeutscher Rundfunk, sieht im Präventionsgesetz eine Chance – sofern es Realität wird. Denn es biete einen Rahmen, um die vielfältigen Ansätze zusammen zu fassen.

Er teilt die mehrfach geäußerte Auffassung, dass Bildung eine zentrale Rolle spielt. Ziel müsse es sein, Menschen lebensstauglich zu machen, ihnen Wissen über gesundes Verhalten, gesundes Essen und Bewegung zu vermitteln. Wenn dies schon im Kindesalter gelinge, werde Prävention tatsächlich von Anfang an betrieben. Eine spätere „Umerziehung“ erübrige sich.

Das mehrfach angeführte Beispiel der Aids-Kampagne und die Arbeit der Berufsgenossenschaften habe in bemerkenswerter Weise die Wirksamkeit von Kampagnen bestätigt und deutlich gemacht, dass hier ein sinnvoller Ansatz für Prävention liegt.

Erfolge durch frühzeitige Wissensvermittlung und koordinierte Aktionen

Im Rahmen der geplanten Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“ sei es wichtig für den Erfolg der Präventionsarbeit, dass jeder der beteiligten Sozialversicherungsträger das jeweils eigene Aufgabenfeld abdeckt, unabhängig von dem – politisch gewollten – Wettbewerb insbesondere zwischen den Krankenkassen. Für die Krankenversicherungen ergäben sich durch die angebotenen präventiven Leistungen, etwa bei den Impfungen, die Möglichkeit, sich gegenüber der Konkurrenz zu profilieren. Damit würden gleich zwei Fliegen mit einer Klappe geschlagen.

Die Ärzte seien eine wichtige Schaltstelle, die mit unterschiedlichen Berufsgruppen und Akteuren kooperiere. Wenn hier eine Vernetzung der Professionellen erfolge, könne der Wirkungsbereich der Prävention erheblich verbreitert werden.

Wenn die Verbraucherschützer aufmerksam bleiben, habe man die Sicherheit, dass wichtige Vorsorgemaßnahmen auch künftig bezahlt werden und Patienten aufgrund qualifizierter Informationen entscheiden könnten, welche Leistungen sie zusätzlich kaufen und privat bezahlen.

Er äußert den Wunsch, dass das Präventionsgesetz möglichst bald kommen möge, da es unverantwortlich sei, diese Chance nicht zu nutzen.

Anlage 1

Handlungsfelder der gesundheitlichen Prävention¹⁰

Im Folgenden werden zu den im Text "Gesund in die Zukunft - Auf dem Weg zu einem Gesamtkonzept zur gesundheitlichen Prävention" genannten Handlungsfeldern Beispiele genannt, die zeigen, dass zur Erreichung der Ziele der gesundheitlichen Prävention in den jeweiligen Zuständigkeiten der Bundesressorts eine Vielzahl von Aktivitäten bereits heute stattfinden.

1. Handlungsfeld "Ernährung und Bewegung"

- **Ausgewogene Ernährung der Bevölkerung nach den 10 Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) verwirklichen:** Ernährungsmitbedingte Krankheiten nehmen in unserer Gesellschaft zu. Strategien für eine gesunderhaltende Ernährung müssen daher zunächst darauf abzielen, ein Bewusstsein für eine gesunde Ernährung und einen entsprechenden Lebensstil zu schaffen. Bereits im Kindes- und Jugendalter muss mit der Ernährungserziehung begonnen werden. Weiterhin ist das Lebensmittelangebot insgesamt sowie das Verpflegungsangebot in der Gemeinschaftsverpflegung und den Lebenswelten wie Kindertagesstätten, Schulen, Betrieben u. a. den veränderten Anforderungen anzupassen .

Hier müssen dringend Standards vorgegeben und Konzepte zur Integration von Verpflegung und Ernährungserziehung verwirklicht werden. Wissensdefizite bei den Verbraucherinnen und Verbrauchern müssen abgebaut, Anregungen für eine ausgewogene und gesund erhaltende Ernährungsweise gegeben und die Verbesserung der Regeln über Kennzeichnung und Werbeaussagen weiter geprüft werden. Gesundheitsstörungen, wie sie sich z. B. durch Jodmangel ergeben können, müssen verhindert werden. Vorangebracht werden muss auch die Stillförderung.

- **Von Anfang an gesundheitsbewussten Lebensstil fördern:** Ernährung und Bewegung sind zentrale Themen für erfolgreiche Prävention. Um dem zunehmenden Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen und dem damit verbundenen Krankheitsrisiko entgegenzuwirken, müssen die Anstrengungen zu einer entsprechenden Veränderung des Lebensstils fortgesetzt werden. Damit gesunde Ernährung und optimale Nutzung der körperlichen und geistigen Anlagen der Kinder nicht zunehmend auf bestimmte Bevölkerungsschichten begrenzt bleiben, müssen dringend Wege gefunden werden, um die notwendigen Kenntnisse und Verhaltensweisen auch Kindern aus sozial schwachen Familien und Familien mit Migrationshintergrund zu vermitteln.

Mit dem Ziel, das Verpflegungsangebot und das Ernährungsverhalten der Kinder zu verbessern sowie Eltern und Betreuungspersonen zu schulen, führt die Bundesregierung die Maßnahmen "Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT", "FIT KID – Die Gesund-Essen-Aktion für Kitas", "Essen + Schule = Note 1", "10 % Bio - Das kann jeder" sowie Modellvorhaben zur gesunden Schulverpflegung unter Verwendung von Bio-Produkten durch. Diesem Ziel dient auch die von der Bundesregierung initiierte Reform der Ernährungs- und Verbraucherbildung in Schulen (REVIS). Ein Schwerpunkt der nächsten Jahre wird darüber hinaus „Ernährung und Bewegung in der Ganztagschule“ sein.

- **Integration von Bewegungsangeboten in die Ganztagschule:** Beim Auf- und Ausbau neuer Ganztagschulen im Rahmen des Investitionsprogramms „Zukunft Bildung und Betreuung“ (IZBB) des Bundes werden Fragen der Bewegung in der Schule, der gesundheitsfördernden Rhythmisierung des Schultages und der aktiven Nachmittagsgestaltung eine zentrale Rolle spielen.
- **Akteure vernetzen:** Das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung vernetzt seit 2002 mehr als 70 Institutionen der gesundheitlichen Prävention und hat unter anderem Emp-

¹⁰ Auszug aus: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit: Konzeptpapier "Gesund in die Zukunft - Auf dem Weg zu einem Gesamtkonzept zur gesundheitlichen Prävention", vom Bundeskabinett am 20.4.2005 beschlossen, Quelle: www.bmgs.de

fehlungen zur gesundheitsfördernden Ganztagschule vorgelegt. Ferner hat es die Ziele für das Kindes- und Jugendalter von "gesundheitsziele.de" für die Bereiche "Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung" aufgegriffen. Aus beiden Initiativen können wichtige strategische Impulse abgeleitet werden.

Die Plattform Ernährung und Bewegung e. V. versammelt alle relevanten gesellschaftlichen Kräfte im Themenfeld Ernährung und Bewegung - von Sportvereinen über Elternvertretungen bis hin zur Lebensmittelindustrie -, um gemeinsam Strategien zur Vermeidung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu entwickeln.

- **Breitensport fördern:** Die Bundesregierung fördert den Breitensport. Radfahren beispielsweise bedeutet Gesundheitsvorsorge in zweierlei Hinsicht. Es kann als dynamische gelenkschonende Bewegungsform präventiven Schutz vor Erkrankungen von Herz und Kreislauf bieten sowie Risikofaktoren wie Übergewicht oder Fettstoffwechselstörungen positiv beeinflussen. Mit dem "Nationalen Radverkehrsplan 2002 - 2012" werden Chancen und gesundheitsfördernde Aspekte des Radverkehrs im Rahmen einer integrierten Verkehrspolitik aufgezeigt sowie Handlungsempfehlungen und Umsetzungsstrategien zur Radverkehrsförderung initiiert.
- **Bis ins hohe Alter gesundheitsbewussten Lebensstil fördern:** Mit der Kampagne "Fit im Alter - gesund essen, besser leben" für ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger soll die Bedeutung der Ernährung für die geistige und körperliche Fitness vermittelt und auf die speziellen Ernährungsprobleme von Senioren und die Auswirkungen auf die Gesundheit aufmerksam gemacht werden. Als Teil der Gesellschaftskampagne „Sport tut Deutschland gut“ des Deutschen Sportbunds fördert die Bundesregierung das Seniorensport- Modellprojekt "Richtig fit ab 50", mit dem Frauen und Männer ab 50 Jahren zu einem gesundheitsbewussten und aktiven Lebensstil ermutigt werden sollen.
- **Den vorsorgenden gesundheitlichen Verbraucherschutz stärken:** Mit dem vorsorgenden gesundheitlichen Verbraucherschutz bei Lebensmitteln, kosmetischen Mitteln und verbrauchernahen Produkten sollen Verbraucherinnen und Verbraucher bereits im Vorfeld vor möglichen Gefahren geschützt werden. Bei Lebensmitteln wird ein hohes Maß an Sicherheit insbesondere in der gesamten Kette - vom Acker über den Futtertrog bis auf den Teller des Verbrauchers - gewährleistet.
- **Gesunderhaltende und nachhaltig produzierte Lebensmittel gewährleisten:** Die Bundesregierung engagiert sich für Lebensmittel mit optimalem Gehalt an erwünschten Inhaltsstoffen, die keine Krankheitserreger enthalten und möglichst frei von unerwünschten Rückständen und Kontaminanten sind. Eine langfristig gesunderhaltende Ernährung erfordert, qualitativ hochwertige Lebensmittel einschließlich des Trinkwassers durch eine nachhaltige, umweltfreundliche und schadstoffarme Produktion und Verarbeitung vorzuhalten. Dem dient auch die Förderung des ökologischen Landbaus.
- **Reduktionsprogramm chemischer Pflanzenschutz:** Einen neuen Weg im Pflanzenschutz beschreitet das „Reduktionsprogramm chemischer Pflanzenschutz“, damit unnötige Anwendungen von Pflanzenschutzmitteln unterlassen und die Anwendung nichtchemischer Pflanzenschutzmaßnahmen vorangetrieben werden. Mit dem Programm soll in den kommenden Jahren eine Reduzierung des potenziellen Risikos und der Intensität der Anwendung chemischer Pflanzenschutzmittel sowie eine Reduzierung der Überschreitungsrate von Pflanzenschutzmittel-Rückstandshöchstmengen erreicht werden.
- **Transparenz beim Einkauf von Lebensmitteln erreichen:** Gesunderhaltende Ernährung beginnt beim Einkauf. Maßnahmen zur Zertifizierung und die Kennzeichnung von Lebensmitteln nach ihrer Herkunft und den Inhaltsstoffen verschaffen die nötigen Informationen, um gesundheitsbewusst die Auswahl von Lebensmitteln treffen zu können. Orientierung für einen umweltbewussten Einkauf bietet z. B. das staatliche Bio-Siegel.

2. Handlungsfeld "Sicher und gesund arbeiten"

- **Arbeitsschutz voranbringen:** Dem Ziel, den Gesundheitsschutz und die Sicherheit der Beschäftigten auf einem hohen Stand zu gewährleisten, dient das moderne Arbeitsschutzrecht, das mit der Novellierung der Arbeitsstättenverordnung und der Gefahrstoffverordnung in jüngster Zeit weiter ausgestaltet worden ist.
- **Neue Qualität der Arbeit fördern:** Die Bundesregierung bleibt nicht bei der gesetzlichen Regelung des Arbeitsschutzes stehen. Sie sucht die Zusammenarbeit mit allen beteiligten Akteuren, um gemeinsam das Interesse der Menschen an positiven, gesundheitsund persönlichkeitsförderlichen Arbeitsbedingungen zu fördern. In der Initiative "Neue Qualität der Arbeit" arbeiten Bund, Länder, Sozialpartner, Stiftungen und Sozialversicherungen gemeinsam an einer Verbesserung der Qualität der Arbeitsbedingungen. Sie folgen dabei einem weiten Innovationsverständnis, das bei der Gestaltung der Arbeit Fragen der Gesundheit und des Wohlbefindens der Beschäftigten ebenso einbezieht wie die Förderung der Qualifikation der Beschäftigten, moderne Formen der Arbeitsorganisation und die Berücksichtigung neuer Technologien. Es werden betriebliche Gestaltungslösungen umgesetzt, die das soziale Interesse der Beschäftigten nach positiven Arbeitsbedingungen verbinden mit den Interessen der Betriebe nach Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit.

Die Bandbreite der Aktivitäten im Rahmen der Initiative 'Neue Qualität der Arbeit' (INQA) reicht heute von Lösungsvorschlägen zur innovativen Arbeitsgestaltung über Konzepte und Maßnahmen zur Stärkung des lebenslangen Lernens und zu einer nachhaltigen betrieblichen Gesundheitspolitik bis hin zu ganzheitlichen branchenspezifischen Angeboten zur Verbesserung der Arbeitsplatzqualität und der Betriebskultur. Dazu gehören beispielsweise die Festlegung und Vereinbarung von Zielen und Prioritäten für die Prävention und die betriebliche Umsetzung von Lösungen zur Gestaltung von Arbeitsbedingungen und zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Ferner zählt die Verbesserung des Wissenstandes zu arbeitsbedingten Erkrankungen, Risiko- und Einflussfaktoren und betrieblichen Gestaltungslösungen in den Betrieben dazu. Auch Kranken- und Unfallversicherung arbeiten zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zusammen, und mit dem Präventionsgesetz wird dafür Sorge getragen, dass das gut funktionierende Engagement der gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung weitergeführt werden kann.

- **Außerberufliche Risiken einbeziehen:** Weil außerberufliche Gesundheits- und Sicherheitsrisiken den Arbeitsschutz maßgeblich determinieren, ist moderner Arbeitsschutz auf die umfassende Erhaltung von Beschäftigungsfähigkeit und wirtschaftlicher Leistungskraft auszurichten und kann sich nicht nur auf die Sicherheit am Arbeitsplatz beschränken. Er muss auch die Verringerung außerberuflicher Sicherheits- und Gesundheitsrisiken einschließen.

3. Handlungsfeld "Risiken erkennen - Sucht verhindern"

- **Neues Denken in der Drogenpolitik verankern:** Die Bundesregierung hat 2003 einen "Aktionsplan Drogen und Sucht" vorgelegt. Damit verfügt Deutschland über eine moderne, umfassende und ausgewogene Agenda zur Bewältigung der Sucht- und Drogenprobleme. Der Plan dient der Verankerung des neuen Denkens in der Drogenpolitik in dieser Dekade.
- **Information und Aufklärung gewährleisten:** Eine wesentliche Rolle spielen zielgruppengerechte Informations- und Aufklärungskampagnen zu den Folgen von Drogenkonsum sowie Materialien für die Arbeit in Bildungs- und Jugendeinrichtungen. Ein gutes Beispiel hierfür ist die „Rauchfrei“-Kampagne, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt wird. Ziele dieser Kampagne sind, Nichtraucher vor dem Einstieg in das Rauchen zu bewahren, (Nicht-)Raucher vor Passivrauchen zu schützen und Raucher beim Aufhören zu unterstützen. Durch Früherkennung und Frühintervention bei Menschen, die bereits ein riskantes Konsumverhalten aufweisen, soll die Entstehung einer Suchterkrankung verhindert werden.
- **Gesundheitsförderliche Gesetzgebung schaffen:** Wo Prävention an ihre Grenzen stößt, wird sie sinnvoll durch strukturelle und gesetzliche Maßnahmen ergänzt, um beispielsweise die Verfügbarkeit von Suchtmitteln in unserer Gesellschaft insgesamt - aber vor allem für Kinder und Jugendliche - einzuschränken.

Diesem Ziel dient etwa die Sondersteuer auf Alkopops, aber auch die Erhöhung der Tabaksteuer. Gerade Kinder und Jugendliche reagieren sehr preissensibel. Durch das Zusammenwirken von Prävention und gesetzlichen Maßnahmen konnte erreicht werden, dass die Raucherquote in der Altersgruppe der 12- bis 17-jährigen erstmals seit Jahren gesunken ist: Von 28 % im Jahr 2001 auf 23 % im Jahr 2004.

Weiterhin gilt es, das Tabakwerbeverbot umzusetzen. Die EU-Richtlinie 2003/33/EG über Werbung und Sponsoring zugunsten von Tabakerzeugnissen enthält unter anderem das grundsätzliche Verbot der Werbung für Tabakerzeugnisse in der Presse und im Internet sowie ein Sponsoring-Verbot von Veranstaltungen und Aktivitäten, die eine grenzüberschreitende Wirkung haben. Die Richtlinie ist bis zum 31. Juli 2005 in nationales Recht umzusetzen

4. Handlungsfeld "Gewaltfrei und gesund leben"

- **Aktionsplan zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen:** Die Bundesregierung hat erstmals 1999 einen Aktionsplan zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen aufgelegt, dessen Maßnahmen zwischenzeitlich komplett umgesetzt sind. Zu den erfolgreichen Maßnahmen gehören insbesondere das Gewaltschutzgesetz und die Umsetzung von Interventionsprojekten im Bereich der häuslichen Gewalt, durch die maßgebliche Akteure besser vernetzt und dadurch besser zum Schutz von Frauen zusammenarbeiten können. Im Bereich häusliche Gewalt und Frauenhandel haben entsprechende bundesweite Arbeitsgruppen ihre Tätigkeit aufgenommen, um die Maßnahmen und Aktivitäten von Bund, Ländern und Nichtregierungsorganisationen gut aufeinander abzustimmen und weitere Verbesserungen zu erreichen.
- **Datenlage verbessern:** Durch die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlichte Prävalenzstudie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ liegen seit 2004 erstmals valide Daten zu Ausmaß, Hintergründen und Folgen von Gewalt gegen Frauen vor; die ermittelten Befunde zeigen aussagekräftig das hohe Ausmaß und die weitreichenden Folgen dieser Gewalt.
- **Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen:** Im Bereich der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen wurde als Ergebnis des S.I.G.N.A.L. Interventionsprojekts zur Schulung des medizinischen Personals im Umgang mit misshandelten Frauen ein Praxishandbuch entwickelt. Zur Implementierung des Projekts entwickelte der Verein S.I.G.N.A.L. zudem mit finanzieller Unterstützung des BMFSFJ ein Fortbildungscurriculum zum Thema häusliche Gewalt und Gesundheit. Weiterhin wird derzeit ein „train the trainer“-Projekt zur Ausbildung von Personen durchgeführt, die ärztliches und pflegerisches Krankenhauspersonal schulen.

Trotz der erreichten Verbesserungen sind weitere Maßnahmen notwendig, um die festgestellten bestehenden Defizite in der gesundheitlichen Versorgung zu beseitigen. Alle Akteure im Gesundheitswesen müssen auf folgende Erkenntnisse reagieren:

- Gewalt ist eines der größten Gesundheitsrisiken von Frauen.
- Misshandlungen und Gewalterfahrungen wirken sich negativ auf die Gesundheit, das Gesundheitshandeln und die Gesundheitschancen von Frauen aus.
- Die Folgen der Gewalt sind umso gravierender, je länger die betroffene Frau über die Ursachen schweigt.
- Spezifische Hilfseinrichtungen sind unverzichtbarer Bestandteil des Systems gesundheitlicher Versorgung.
- Das Gesundheitswesen hat hierbei eine wichtige Funktion, denn im Gesundheitswesen werden alle Frauen erreicht. Das macht es wertvoll für Gewaltprävention und Gesundheitsförderung für Frauen mit Gewalterfahrungen.

Gewalt gegen Frauen ist trotz des großen Ausmaßes bisher kaum Thema in der praktischen Gesundheitsversorgung und an den medizinischen Fakultäten.

Die Bundesregierung plant daher weitere Initiativen:

- Bei der geplanten Fortschreibung des Aktionsplans der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen soll ein Schwerpunkt auf die gesundheitliche Versorgung von Gewaltopfern sowie auf die Qualifizierung von zentralen Berufsgruppen wie insbesondere der Justiz und dem Gesundheitswesen gelegt werden.
- Zur weiteren Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung gewaltbetroffener Frauen muss ein koordiniertes Vorgehen von Bund und Ländern unter Einbeziehung der Organe der Selbstverwaltung, Ärzteschaft, Trägern von Frauengesundheitsprojekten und der Anti-Gewalt-Bewegung mit dem Ziel einer strukturellen Verankerung des Themas, so z. B. in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der entsprechenden Berufsgruppen, kontinuierlichen Evaluation der Maßnahmen und Intensivierung der Forschung, angestrebt und umgesetzt werden.

5. Handlungsfeld "Gesunde Umwelt, gesunder Mensch"

- **Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit:** Im Rahmen des Aktionsprogramms „Umwelt und Gesundheit“ werden insbesondere Projekte durchgeführt, die von einer engen Zusammenarbeit der Akteure im Bereich der Schnittstelle Umwelt-, Gesundheits- und Verbraucherschutz profitieren. Es enthält Strategien, Maßnahmen und Ziele für die umfassende Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Folgen von Umwelteinwirkungen auf den Menschen. Beispielsweise ist ein Schwerpunkt des Programms die Aufklärung über umweltbedingte Gesundheitsrisiken und gesunde Ernährungsweisen. Die Bevölkerung wird mit diesem Programm über mögliche Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit und über wesentliche Maßnahmen der Bundesregierung im Bereich des gesundheitsbezogenen Umweltschutzes informiert. Ein weiterer Schwerpunkt des Programms ist die Forschung etwa zur Schadstoffbelastung und -empfindlichkeit von Kindern und Jugendlichen, zur chemischen und biologischen Belastung von Innenräumen, insbesondere unter dem Aspekt der Qualität der Innenraumluft, sowie zu Lärm, Strahlung und Umweltmedizin. Vor allem soll auch die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor schädlichen Umwelteinflüssen geschützt und der Einfluss von Schadstoffen auf den kindlichen Organismus untersucht werden.
- **Emission von Luftschadstoffen verringern:** Hauptemissionsquellen von Luftschadstoffen sind der Verkehr, Feuerungsanlagen und bestimmte produzierende Industrien. Durch die Novellierung der Großfeuerungsanlagenverordnung (13. BImSchV) wird das Ziel verfolgt, den Ausstoß von Staub und Stickoxiden aus großen Feuerungsanlagen - wie zum Beispiel aus Kraftwerken - zu senken. Die neue Verordnung definiert strengere Anforderungen und trägt dazu bei, dass sowohl die nationalen Emissionshöchstmengen als auch die von der EU festgesetzten Grenzwerte für Staub in der Atemluft eingehalten werden können. Zusammen mit der neu gefassten "Technischen Anleitung zur Reinhaltung der Luft" (TA Luft) und der "Verordnung über die Verbrennung von Abfällen" (17. BImSchV) sind dies wichtige Bausteine im Gesamtkonzept zur integrierten Vermeidung und Verminderung der Luftverschmutzung. Anspruchsvolle Immissionsgrenzwerte zum Schutz der menschlichen Gesundheit müssen u. a. für die besonders gesundheitsschädlichen Feinstäube (PM10) seit dem 1. Januar 2005 europaweit eingehalten werden. Basis hierfür ist die EU-Luftqualitätsrahmenrichtlinie mit ihren Tochterrichtlinien, die mit der 22. BImSchV in deutsches Recht umgesetzt wurden.

Im Verkehrsbereich wurden in den letzten Jahren die Emissionsgrenzwerte für Kraftfahrzeuge schrittweise verschärft. Dies führte zu einer drastischen Verringerung der emittierten Schadstoffe, besonders bei Kohlenmonoxid, Stickoxiden sowie den Kohlenwasserstoffen. In den nächsten Jahren werden sich diese Emissionen, aufgrund der weiteren Marktdurchdringung mit emissionsarmen Fahrzeugen, trotz anhaltender Zunahme der Verkehrsleistungen noch deutlich verringern. Gegenüber einem Fahrzeug ohne Drei-Wege-Katalysator vermindern sich die Emissionen damit um über 90 %. Handlungsbedarf besteht noch bei Fahrzeugen mit Dieselantrieb hinsichtlich der Reduzierung der Partikelemissionen sowie der Stickoxide.. Durch den Einsatz alternativer Kraftstoffe, insbesondere auch Biokraftstoffe, oder die Förderung alternativer Antriebstechnologien können Emissionen im Verkehrsbereich weiter deutlich reduziert werden.

- **Lärm reduzieren:** Die Verbesserung des Schutzes der Bevölkerung vor den erheblichen Lärmbelastungen durch Industrie, Gewerbe und Verkehr bleibt wichtiges Ziel der Bundesre-

gierung. Mit dem „Entwurf des Gesetzes zur Umsetzung der EG-Richtlinie über die Bewertung und Bekämpfung von Umgebungslärm“ wird das Ziel, Umgebungslärm zu vermeiden, ihm vorzubeugen oder ihn zu verringern, aufgegriffen und im Bundes- Immissionsschutzgesetz realisiert.

Der effizienteste Weg bei der Verringerung verkehrsbedingter Lärmemissionen ist die Lärmvermeidung an der Quelle, also insbesondere die Reduzierung der Geräuschemissionen von Kraftfahrzeugen und die Entwicklung leiser Straßen. Hier sind die bisherigen Erfolge bei den Kraftfahrzeugen beachtlich: Aufgrund mehrfacher Verschärfung der Messverfahren und Geräuschgrenzwerte sind heute 10 neue, schwere und leistungsstarke Lkw zusammen so laut wie ein Lkw des Baujahrs 1970.

Beim Neu- und Ausbau von Straßen und Schienenwegen haben wir in Deutschland im europäischen Vergleich bereits heute die strengsten Immissionsgrenzwerte für Verkehrslärm. Die Bundesregierung setzt ihre Bemühungen zur Reduzierung des Verkehrslärms unvermindert fort. Beispielsweise gibt der Bund jährlich mehr als 100 Mio. € für Lärmvorsorge an Bundesfernstraßen aus. Entsprechend der Koalitionsvereinbarung vom 20. Oktober 1998 hat die Bundesregierung ein Sonderprogramm „Lärmschutz für Härtefälle an bestehenden Schienestrecken“ aufgelegt. Hierfür stehen im Bundeshaushalt in jährlich gleicher Höhe 51 Mio. € zur Verfügung.

Mit der geplanten Novelle des Fluglärmsgesetzes sollen die Regelungen zum passiven Schallschutz im Flugplatzumland modernisiert und die Anforderungen an den Umfang der erforderlichen Schutzmaßnahmen spürbar ausgeweitet werden. Zugleich soll die Novelle die Voraussetzungen für eine vorausschauende Siedlungsplanung in fluglärmbelasteten Bereichen schaffen, um künftigen Lärmkonflikten wirksam vorzubeugen.

6. Handlungsfeld "Sicherheit im Straßenverkehr"

- **Den Straßenverkehr sicherer machen:** Das Programm für mehr Sicherheit im Straßenverkehr enthält hierzu Maßnahmen, Vorschläge und Vorhaben im Rahmen von Aufklärungsarbeit und der Zusammenarbeit mit den Bürgern. Es zielt darauf ab, das menschliche Miteinander im Straßenverkehr zu verbessern, schwächere Verkehrsteilnehmer zu schützen, die Unfallrisiken junger Fahrer zu reduzieren, das Gefahrenpotenzial schwerer Nutzfahrzeuge zu mindern und die Verkehrssicherheit auf Landstraßen zu erhöhen. Diesen Zielen dienen darüber hinaus auch die stetige Anpassung der Regelungen der Straßenverkehrs- Zulassungs-Ordnung an die technische Weiterentwicklung im Fahrzeugbau oder die regelmäßige Fortschreibung der verkehrsträgerbezogenen Gefahrgutverordnungen.
- **Rücksichtnahme fördern:** Flankiert wird das „Programm für mehr Sicherheit im Straßenverkehr“ von öffentlichkeitswirksamen Kampagnen wie „Gelassen läuft's“ und „Rücksicht ist besser“ Mit letzterer beispielsweise soll die soziale Verantwortung jedes Einzelnen gestärkt und das Verhalten im Verkehr verändert werden. Ziel ist es, Rücksicht wieder zum obersten Prinzip des Miteinanders im Straßenverkehr zu machen.

7. Handlungsfeld "Gesundes Leben, gesundes Wohnen"

- **Innenraumklima verbessern:** Eine ganzheitliche energetische Sanierung von Wohngebäuden bewirkt neben der Energieeinsparung eine Verbesserung des Innenraumklimas durch höhere Oberflächentemperaturen und wirkt somit der Schimmelpilzbildung entgegen.

Um die Grundlage für eine einheitliche und nachvollziehbare gesundheitliche Bewertung von Bauprodukten in Deutschland bereitzustellen, wurde ein Bewertungsschema für Emissionen von flüchtigen organischen Substanzen aus innenraumrelevanten Bauprodukten entwickelt. Dieses setzt gesundheitsbezogene Qualitätsmaßstäbe für die zukünftige Herstellung und wird die Entwicklung besonders emissionsarmer Produkte unterstützen.

- **Gesundes Wohnen:** Mehr und mehr gewinnt gesundes und umweltbewusstes Wohnen bei vielen Bauherren und Mietern an Bedeutung. „Alte“ Rohstoffe und Materialien werden wieder entdeckt und neue Materialien und Anwendungen entwickelt. Die Bundesregierung fördert

diesen im wörtlichen Sinne (nach)wachsenden Markt im Rahmen des Förderprogramms „Nachwachsende Rohstoffe“. Dämmstoffe aus Pflanzenfasern oder Schafwolle, Bindemittel und Klebstoffe aus Stärke und Zucker, Lacke, Farben und Schalöle aus pflanzlichen Ölen sind die bekanntesten Beispiele. Durch ihre hervorragenden Eigenschaften helfen Dämmstoffe aus nachwachsenden Rohstoffen nicht nur Energie einzusparen, sondern sind auch ein Garant für ein gesundes Raumklima. Zur stärkeren Verbreitung dieser natürlichen Dämmstoffe hat die Bundesregierung die Förderrichtlinie "Dämmstoffe" im Markteinführungsprogramm "Nachwachsende Rohstoffe" aufgelegt. Mit diesem Förderprogramm werden all diejenigen unterstützt, die beim Bau oder der Modernisierung umweltfreundliche Dämmstoffe einsetzen.

- **Nachhaltige Stadtentwicklung und bewegungsfreundliches Wohnumfeld:** Weil der Einfluss der Lebensverhältnisse auf den Erfolg gesundheitlicher Prävention evident ist, sind nur soziale Städte auch lebenswerte Städte. Die Entwicklung von Konzepten für ein bewegungsfreundliches Wohnumfeld soll dem Umstand Rechnung tragen, dass viele Kinder sich in ihrem direkten Wohnumfeld kaum noch gefahrlos im Freien bewegen können. Deshalb müssen, insbesondere in benachteiligten Stadtquartieren, ausreichend Möglichkeiten und Anreize zur Bewegung vor allem von Kindern und Jugendlichen geschaffen werden.

Mit dem Programm "Die soziale Stadt" wurde von Bund, Ländern und Gemeinden eine vorrangige Aufgabe der nachhaltigen Stadtentwicklungspolitik aufgegriffen, nämlich den sich verschärfenden sozialen, wirtschaftlichen und städtebaulichen Problemen entgegenzuwirken und soziale Probleme in benachteiligten Stadtquartieren zu lösen. Diese zeigen sich z. B. in hoher Arbeitslosigkeit und Armut, wirtschaftlichen Problemen des mittelständischen Gewerbes, Defiziten bei der Integration ausländischer Mitbürger, Vernachlässigung von Gebäuden und öffentlichen Räumen oder Vandalismus. Ziel ist es, durch integrierte Ansätze unter Beteiligung aller gesellschaftlichen Gruppen soziale Missstände zu beheben und die Lebensqualität zu verbessern. Hierfür werden die für investive Vorhaben bestimmten Mittel des Programms mit anderen Fördermitteln für soziale Maßnahmen gebündelt.

Ein Handlungsfeld des Programms ist die Gesundheitsförderung. Ansätze der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung zielen darauf ab, spezielle Angebote für bestimmte Zielgruppen (v. a. Kinder, Jugendliche, Frauen, ältere Menschen, Migrantinnen und Migranten) zu entwickeln und durch Netzwerkbildung die Kooperation im Gesundheitswesen zu verbessern. Ferner wird im Rahmen dieses Programms auch die Suchtprävention gestärkt.

8. Handlungsfeld "Forschung, Evidenzbasierung und Qualitätssicherung"

- **Anwendungsorientierte Präventionsforschung fördern:** Die Bundesregierung unterstützt im Rahmen des Programms "Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen" die Weiterentwicklung der interdisziplinären, anwendungsorientierten Präventionsforschung, insbesondere in der Leitvision "Ein Leben lang gesund und vital durch Prävention". In einer ersten Förderphase werden von 2004 bis 2008 15 Forschungsprojekte mit insgesamt über vier Millionen Euro gefördert, in denen neue Konzepte und Programme zur primären Prävention von Krankheiten im Bereich von Sucht, Ernährung und Bewegung entwickelt und erprobt werden. Darüber hinaus werden Qualität und Wirkungsweise von bestehenden Präventionsmaßnahmen untersucht. Damit sollen wirksame, praxisnahe und gut nutzbare Präventionsangebote für Kinder, Jugendliche und Erwachsene im mittleren Lebensalter identifiziert und entwickelt werden. Durch die enge Kooperation zwischen Präventionsanbietern wie beispielsweise Krankenkassen und Forschern sollen die Ergebnisse alle Bevölkerungsgruppen schnell und gut erreichen.
- **Lebensweltbezogene Forschung verbessern:** Gefördert werden Forschungsprojekte über präventionsfördernde Infrastrukturen in den Lebenswelten der Menschen wie etwa „Ernährung in der Schule“ und das Nachfolgeprojekt "Reform der Ernährungs- und Verbraucherbildung in Schulen" (REVIS) zur Verbesserung des ernährungsbezogenen Unterrichts. Von 2001 bis 2004 wurden in einem Modellprojekt Qualitätsmerkmale für Beratungs- und Therapieeinrichtungen entwickelt, die mädchen- und frauengerechte Beratung und ambulante Behandlung bei Essstörungen durchführen.
- **Bessere Impfstoffe entwickeln:** Mit der Impfstoffinitiative wird die Entwicklung neuer Impfstoffe unterstützt und insbesondere der Transfer aus der Forschung zum Patienten gefördert.

- **Ernährungsforschung fördern:** Mit den „Netzwerken der Molekularen Ernährungsforschung: Lebensmittel zur Gesunderhaltung des Menschen - Krankheitsprävention durch Ernährung“ hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung eine Maßnahme gestartet, deren Ziel es ist, die molekularen Zusammenhänge zwischen Ernährung und so genannten Zivilisationskrankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Allergien, Krebs oder Diabetes Typ II) aufzuklären.
- **Arbeitsschutz-Forschung weiterentwickeln:** Die Prävention im Arbeits- und Gesundheitsschutz ist Bestandteil des BMBF-Rahmenkonzepts 'Innovative Arbeitsgestaltung - Zukunft der Arbeit'. Auf der Grundlage einer Bilanzierung von 20 Jahren Arbeitsschutzforschung in Deutschland soll dieser Förderschwerpunkt weiterentwickelt werden, um dem Wandel in der Arbeitswelt mit seinen neuen Arbeits- und Organisationsstrukturen Rechnung zu tragen. Dabei sollen Themen wie Stressbewältigung, ganzheitliche Managementkonzepte und neue Wirtschaftlichkeitsbewertungen ebenso eine Rolle spielen wie Beiträge zum Bürokratieabbau durch Erprobung neuer Arbeitsschutzstrukturen. Eine Bekanntmachung hierzu ist in Vorbereitung. Davon werden ein Beitrag zur Innovationsfähigkeit mittels Prävention und zur Initiative 'Neue Qualität der Arbeit' (INQA) sowie eine Flankierung des Gesundheitspräventionsgesetzes erwartet.

9. Handlungsfeld "Information und Aufklärung"

- **Zielgruppenadäquate Aufklärung:** Information und Aufklärung muss zielgruppenadäquat erfolgen; je nachdem, ob die Fachöffentlichkeit oder Bürgerinnen und Bürger, Kinder und Jugendliche oder Erwachsene, Frauen oder Männer oder ob Migrantinnen und Migranten angesprochen werden. Dabei ist auch der Aspekt der gesundheitlichen Chancengleichheit zu berücksichtigen. Denn die soziale Lage beeinflusst die Fähigkeit des Einzelnen, Informationen zu beschaffen, zu verarbeiten und umzusetzen. Deshalb ist es unerlässlich, dass die Informationen qualitätsgesichert an die Zielgruppen herangetragen werden und als bedarfsorientierte Angebote den Lese- und Verarbeitungsgewohnheiten angepasst werden. Nur so werden Bürgerinnen und Bürger befähigt, Informationen zu finden, zu verarbeiten und auf dieser Grundlage ihr Verhalten zu ändern.
- **Information und Aufklärung für Kinder und Jugendliche:** Die Vermittlung entsprechender Kompetenzen sollte in einem möglichst frühen Alter beginnen. Daher kommt der Gesundheitserziehung und -förderung von Kindern und Jugendlichen in Kindergärten und Schulen eine wesentliche Bedeutung zu. Die Bundesregierung fördert daher Aufklärungskampagnen in Kindertageseinrichtungen und Schulen sowie in Freizeiteinrichtungen und der Familie wie beispielsweise die Kampagnen "Ene mene meck, der Speck muss weg", „Kinderleicht. Besser essen. Mehr bewegen“, die Informationskampagne in Schulen und Kindertagesstätten „10 % Bio - Das kann jeder“ sowie Modellvorhaben zur gesunden Schulverpflegung unter Verwendung von Bio-Produkten. Auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung führt gemeinsam mit dem Deutschen Sportbund im Auftrag der Bundesregierung z. B. die Kampagne "Kinder stark machen" sowie die Maßnahme "Gut drauf" und "Auf dem Weg nach ..." durch. Zu den Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gehört auch die Entwicklung und Durchführung von Konzepten zur Sexualaufklärung.

Anlage 2

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention

4. März 2005

Verbraucherzentrale Bundesverband – vzbv

Fachbereich Gesundheit und Ernährung

Markgrafenstr. 66

10969 Berlin

gesundheit@vzbv.de

www.vzbv.de

Vorbemerkung

Seit Jahrzehnten wird eine stärker am Gedanken von Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtete Neuorientierung des deutschen Gesundheitswesens gefordert. Erste Versuche, im Bereich der unterschiedlichen Sozialversicherungszweige präventive Aufgaben zu etablieren, sind bislang in Ansätzen stecken geblieben. Die zum Teil widersprüchliche Geschichte des Paragraphen 20 SGB V ist symptomatisch für Risiken und Grenzen eines rein träger- und sektorbezogenen Vorgehens im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Akteure und Experten sind sich einig darin, dass es sich hierbei um eine gesamtgesellschaftliche, sektor-, ressort- und trägerübergreifende Aufgabe handelt, letztlich um eine grundlegende Neuausrichtung nicht nur im Bereich der Gesundheitspolitik, sondern in beinahe allen Politikbereichen, die für die Gestaltung des Verhaltens und der Lebensverhältnisse der Menschen maßgeblich sind – das betrifft in besonderem Maße die *Verbraucherpolitik*. Insofern stehen gesetzgeberische Maßnahmen in diesem Bereich immer vor dem Dilemma, einerseits an konkreten Stellen ansetzen und die Rahmenbedingungen Schritt für Schritt ändern, sich andererseits aber am Anspruch eines „Paradigmenwechsels“ messen lassen zu müssen. Vor diesem Problem steht auch der vorgelegte Gesetzentwurf.

Die Erwartung, dass mit *einem* Gesetz die Umorientierung des Gesundheitswesens zu erreichen wäre, ist illusorisch. Vielmehr bildet der vorliegende Entwurf für ein „Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“ nach Ansicht des Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. - **vzbv** einen Meilenstein im Prozess einer am Ziel der Gesundheit ausgerichteten Gesamtpolitik. Er versucht, zunächst im Bereich der Gesundheitspolitik die Strukturen und Ressourcen für Prävention und Gesundheitsförderung neu zu ordnen und besser aufeinander abzustimmen. Damit wird der seit Jahren beklagte Mangel behoben, dass zwar viele einzelne präventive Aktivitäten oder gesundheitsfördernde Initiativen in Deutschland stattfinden, etliches davon aber durch fehlende Zielorientierung und Abstimmungsdefizite verpufft oder in seiner Qualität fragwürdig ist. Nachdem durch lokale und settingbezogene Aktivitäten, sozusagen „bottom up“, eine vielfältige Landschaft im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung entstanden ist, war es höchste Zeit, diese Entwicklung durch ein strukturierendes Maßnahmenbündel, gleichsam „top down“, zu flankieren. Wenn der Gesetzentwurf diesem durchaus begrenzten Anspruch gerecht wird, hätte er sein Ziel, eine Etappe auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik zu sein, erfüllt.

Nach eigenem Bekunden soll das Gesetz die gesundheitliche Prävention „zu einer eigenständigen Säule“ neben Kuration, Rehabilitation und Pflege ausbauen. Ob dabei der Begriff der *Säule* für einen wesentlich sektorübergreifend angelegten Ansatz glücklich gewählt ist,

mag dahingestellt bleiben. Wichtig ist, dass die im Gesetz genannten Akteure: Bund, Länder, Sozialversicherungen, Träger der Lebenswelten und die im Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung zusammengeschlossene zivilgesellschaftlichen Organisationen ihre Aktivitäten künftig besser aufeinander abstimmen und an Zielen orientieren, um auf dieser Grundlage auch die Qualitätssicherung zu verbessern.

Stellungnahme

Der vorliegende Gesetzentwurf geht auf eine Vereinbarung im Rahmen des Gesundheitsreformkonsenses von 2003 zurück. Der von der Koalition nach vorheriger Abstimmung mit den Ländern nunmehr vorgelegte Gesetzentwurf gliedert sich in Artikel, die

- a) Begriffsdefinitionen vorlegen, Aufgaben und Maßnahmen beschreiben sowie die dafür notwendigen Ressourcen bündeln (Präventionsgesetz);
- b) Strukturen von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland regeln (Präventionsstiftungs- und BZgA-Gesetz) und
- c) die jeweiligen Sozialversicherungszweige (Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung) einbeziehen.

Aus Sicht des **vzbv** ist es bedauerlich, dass es bislang trotz intensiver Bemühungen nicht gelungen ist, die Arbeitslosenversicherung an den Vereinbarungen über das Präventionsgesetz zu beteiligen. Dabei ist fachlich unumstritten, dass zum einen Erwerbslosigkeit ein gravierendes Gesundheitsrisiko für die Betroffenen darstellt und umgekehrt der Gesundheitszustand für die Erwerbs- und Vermittlungsfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern erhebliche Bedeutung hat. Gerade die jüngste Reform der Bundesagentur für Arbeit böte mit der Einrichtung des Fallmanagements gute Ansatzpunkte für lebensweltbezogene Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Die im Rahmen des Gesetzes beteiligten Akteure sollten daher ihre Anstrengungen fortsetzen, die Arbeitslosenversicherung zu involvieren. Dasselbe gilt natürlich auch für die private Versicherungswirtschaft, insbesondere die private Krankenversicherung, die sich derzeit an dieser Aufgabe überhaupt nicht beteiligt, obgleich die Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung auch ihren Versicherten.

Zu Artikel 1: Präventionsgesetz

Im Rahmen des Gesamtentwurfes wird auf die Bestimmungen des Präventionsgesetzes immer wieder Bezug genommen. Insofern kann man den Artikel 1 des vorgelegten Entwurfes als Kern des gesamten Gesetzes bezeichnen; hier werden die begrifflichen Weichen für die folgenden Artikel gestellt. Umso wichtiger ist es, an dieser Stelle fachlich so genau wie möglich zu formulieren, da jeder Fehler hier weitere im gesamten Gesetz nach sich zöge.

Zu §§ 2 und 3: Gesundheitliche Prävention und Maßnahmen – verkürzter Begriff von Sekundärprävention

In den Paragraphen 2 und 3 des Präventionsgesetzes wird der Begriff der Sekundärprävention äußerst eng gefasst und letztlich auf die Früherkennung von Krankheiten und die dafür erforderlichen Beratungsleistungen reduziert. Alle Aufgaben, die sich im *Gefolge einer Diagnose* im Hinblick auf deren Bewältigung und den Umgang mit einer daraus sich möglicherweise ergebenden Stigmatisierung stellen, bleiben außen vor. Während im Bereich der Tertiärprävention der Umgang mit Belastungen infolge einer *Erkrankung* bearbeitet wird, steht der Begriff Sekundärprävention für den individuellen, aber, je nach betroffener Population, auch kollektiven Umgang mit Risiken und Belastungen, die sich aus einer zunächst möglicherweise symptomlosen und (noch nicht) behandlungsbedürftigen Diagnose, wie z.B. Krebs oder HIV, ergeben können. Dieser Aspekt von Sekundärprävention, der unter anderem in Selbsthilfegruppen intensiv bearbeitet wird, findet sich in der Begriffsbestimmung der Paragraphen 2 und 3 nicht wieder. Der **vzbv** schlägt daher folgende Ergänzungen vor:

in § 2 Gesundheitliche Prävention

Unter der Nummer 2. sollte es heißen: „Früherkennung und Bewältigung symptomloser Krankheitsvor- und -frühstadien (sekundäre Prävention);“

in § 3 Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention

In Absatz 3 wäre nach der Nummer 2. zu ergänzen: „3. Unterstützung bei der Bewältigung einer Diagnose und gegen eine mögliche Stigmatisierung.“

In Absatz 5 wäre die Nummer 1. wie folgt zu ergänzen: „1. Unterstützung beim Aufbau sowie bei der Stärkung individueller und gruppenbezogener gesundheitlicher Ressourcen und der Fähigkeiten zur Vermeidung oder Bewältigung von Diagnosen und Erkrankungen.“

Durch diese letzte Ergänzung in Absatz 5 würde darüber hinaus der Mangel behoben, dass mit der Reduzierung auf Krankheitsvermeidung auch alle tertiärpräventiven Ansätze aus der Gesundheitsförderung ausgeschlossen würden. Gesundheitsförderung ist fachlich weiter zu fassen als Prävention; sie betrifft nicht nur die Vermeidung von Erkrankungen, sondern auch deren *Bewältigung*.

Zu §§ 11 und 12: Ziele und Teilziele der primären Prävention und Gesundheitsförderung und Präventionsprogramme – Fristsetzung bis 1. 1. 2006 unrealistisch

Die mit dem Gesetzentwurf erstmals umfassend eingeführte Zielorientierung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland ist nachdrücklich zu begrüßen, denn sie stellt die Voraussetzung für ein abgestimmtes Vorgehen der Akteure und eine systematische Qualitätssicherung der entsprechenden Maßnahmen dar. Mit der Formulierung von Empfehlungen solcher Präventionsziele wird in Paragraph 11 des Gesetzentwurfes die neu einzurichtende Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung beauftragt. Auch das ist aus Sicht des **vzbv** sinnvoll und zielführend, sofern die Stiftung, wie in Absatz 5 festgeschrieben, die entsprechenden weiteren Akteure an der Erarbeitung dieser Ziele beteiligt. Ob indes die Stiftung, die ihre eigenen Strukturen ja erst noch aufbauen muss, dieses Vorhaben, wie in Absatz 7 gefordert wird, bis zum 1. Januar 2006 erreichen kann, erscheint äußerst fraglich. Diese Frist sollte unbedingt überdacht werden, gerade um den wichtigen Aspekt der notwendigen Zielorientierung nicht durch politisch gesetzten Zeitdruck zu konterkarieren. Dasselbe gilt auch für die Präventionsprogramme nach Paragraph 12, für deren Abfertigung dieselbe Fristsetzung festgeschrieben werden soll.

Zu § 13 und 14:

Gesundheitliche Aufklärung und Zuständigkeiten zwischen Stiftung und BZgA

Im Bereich der gesundheitlichen Aufklärung sind die Zuständigkeiten nicht hinreichend geklärt. Das betrifft einmal das Verhältnis zwischen der zu errichtenden Stiftung und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Während die Bundeszentrale seit nunmehr fast vierzig Jahren im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung sowie seit geraumer Zeit auch auf dem wichtigen Feld der Qualitätssicherung in diesem Bereich tätig ist, erscheint sie im Verhältnis zur Stiftung eher in der Rolle eines Auftragnehmers als eines fachlichen Partners. Aus Sicht des vzbv liegt darin die Gefahr, eine Konstellation für institutionelle Konflikte vorzugeben. Statt dessen sollte das Gesetz den Rahmen für eine fachliche Partnerschaft und eine klare Arbeitsteilung zwischen Stiftung und Bundeszentrale setzen. So wäre eine gleichberechtigte Zuständigkeit beider Institutionen für die Qualitätssicherung im Bereich der gesundheitlichen Aufklärung sinnvoll.

Des Weiteren sollten auch andere Akteure der gesundheitlichen Aufklärung, die nicht soziale Präventionsträger (§ 7) sind, erwähnt werden. Dazu gehören neben anderen die Verbraucherzentralen mit ihrer langjährigen Ernährungsberatung. Die Regelung der Zuständigkeiten in Paragraph 14 sollte diese Ebene gesundheitlicher Verbraucheraufklärung berücksichtigen.

Zu § 23:

Aufbringung und Verteilung der Mittel für primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Mit den Regelungen des Präventionsgesetzes und der Einrichtung einer bundesweiten Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung wird erstmals in Deutschland ein Schritt unternommen, die konzeptionelle Abstimmung und Strukturbildung mit einer Bündelung von Ressourcen zu verbinden. Damit hat die sich über Jahrzehnte hinziehende und meist in allgemeinen, aber unverbindlichen Appellen erschöpfende Debatte zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung eine neue Qualität erhalten. Mit der Frage der Ressourcen entstehen freilich auch neue Probleme der Lastenverteilung. Die politische Diskussion um das Präventionsgesetz war in den letzten Monaten oftmals eher fiskalisch als fachlich orientiert. Die in der Öffentlichkeit bereits geäußerte Befürchtung, es handele sich bei der notwendigen Bündelung der Präventionsmittel um eine Zweckentfremdung von Versicherungsgeldern zugunsten einer Aufgabe, die eigentlich in öffentlicher Verantwortung liege, kann aus Sicht des **vzbv** nicht leichtfertig vom Tisch gewischt werden. Derzeit bietet das Gesetz nicht genügend Sicherungen, um zu verhindern, dass die Beiträge der Versicherten zur Sanierung öffentlicher Haushalte auf Landes- und Kommunalebene missbraucht werden. Die Strukturen der Umsetzung auf Landesebene werden im Gesetz nur sehr allgemein geregelt; es bleibt unklar, wer hier über die zur Verfügung gestellten Mittel letztlich entscheidet. Länder und Sozialversicherungen werden zum Abschluss von Rahmenvereinbarungen verpflichtet (§ 18 Abs. 1). Kommt keine Einigung zustande, hätte die jeweilige Landesregierung, die ja selbst Partei ist, durch Ersatzvornahme das Recht, eine Vereinbarung über die Verwendung von Mitteln aus fremden Kassen zu erzwingen (§ 18 Abs. 5). Diese Regelung erscheint fragwürdig. Allerdings muss man auch die Relationen im Blick behalten: Neben der Aufbringung des Stiftungskapitals und der laufenden Finanzierung der Stiftung in Höhe von 50 Millionen Euro geht es vor allem um den *zielgerichteten* Einsatz der für Prävention und Gesundheitsförderung von den unterschiedlichen Sozialversicherungszweigen nach Maßgabe der im Präventionsgesetz definierten Aufgabenteilung *eigenständig* eingesetzten Mittel, die zum größten Teil auch bisher schon dafür aufgewandt werden. Der im Rahmen der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung veranschlagte Anteil macht ein Fünftel dieser Gesamtsumme aus. Dafür nimmt die Stiftung unter anderem die wesentliche Aufgabe der Zielorientierung und Qualitätssicherung wahr, was der Effizienz dieses Mitteleinsatzes dienen soll.

Während die finanziellen Anteile der verschiedenen Sozialversicherungszweige im Gesetzentwurf detailliert beschrieben werden, bleibt indes der Beitrag der öffentlichen Hand auf Bundes- und Landesebene weitgehend im Dunkeln. Dabei haben Bund und Länder durchaus etwas einzubringen. Es würde daher die Akzeptanz des Gesetzgebungsvorhabens bei den Versicherten deutlich erhöhen, wenn die von Bund (Leistungen des Robert-Koch-Institutes und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) und Ländern eingebrachten Ressourcen wenigstens grob ausgewiesen würden. Bundestag und Bundesrat stehen hier den Versicherten gegenüber in der Pflicht, ihren Anteil transparent zu machen.

Zu Artikel 2: Präventionsstiftungsgesetz

Ziel der neu einzurichtenden Stiftung ist es, die konzeptionellen Rahmenbedingungen des Artikels 1 (Präventionsgesetz) konkret mit Leben zu erfüllen und in den Aktivitäten der anderen Akteure durch

- Empfehlungen zu *Präventionszielen*,
- *Vorschläge für Leistungen* der Verhaltensprävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und
- die Erarbeitung von *Qualitätsstandards*

weitestgehend sicherzustellen. Darüber hinaus kann sich die Stiftung an *Maßnahmen zur gesundheitlichen Aufklärung* und an *Modellprojekten* beteiligen. Aus Sicht des **vzbv** ist diese Zielsetzung und Aufgabenbestimmung sinnvoll.

Bedenken erheben sich indes bei der Besetzung der maßgeblichen und beratenden Stiftungsgremien:

Zu § 6: Stiftungsrat

Im Stiftungsrat sind wie auch sonst üblich die wesentlichen Zustifter anteilmäßig vertreten. „Die Zahl der vorzuschlagenden Mitglieder orientiert sich im Wesentlichen an der Höhe der Zuwendungen, die die einzelnen Träger zur Stiftung leisten“, heißt es folgerichtig in der Begründung des Gesetzentwurfes. Warum und auf welcher Kalkulationsgrundlage indes Bundesregierung und Bundesrat jeweils drei Mitglieder und die kommunalen Spitzenverbände ein Mitglied in den dreißigköpfigen Stiftungsrat entsenden, obgleich keine der drei staatlichen Ebenen sich am Stiftungskapital (500.000 Euro) noch an der laufenden Finanzierung ihrer Arbeit (50 Millionen Euro) beteiligt, bleibt völlig offen. Dass Bund, Länder und Gemeinden über den gesetzlich gesteckten Rahmen hinaus die Arbeit der Stiftung maßgeblich mitbestimmen wollen, ist verständlich und auch sinnvoll. Dem sollte dann jedoch auch ein angemessener finanzieller Beitrag entsprechen. Analog zu den Anteilen der Sozialversicherungen wären demnach von Bund und Ländern Mittel in Höhe von jeweils 6 Millionen Euro und seitens der Kommunen in Höhe von 2 Millionen Euro auszuweisen. Außerdem hätten Bund und Länder sich mit jeweils 60.000 Euro und die Gemeinden mit 20.000 Euro am Stiftungskapital zu beteiligen.

Zu § 7: Kuratorium

Das Kuratorium hat laut Gesetzentwurf die Rolle eines Beirates mit der Funktion, die Stiftung bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu unterstützen und zu beraten. Davon zu unterscheiden ist der in Paragraph 9 genannte Wissenschaftliche Beirat, der zur wissenschaftlichen Beratung im engeren Sinne beiträgt. Das Kuratorium repräsentiert in der Struktur der Stiftung das Netzwerk der nicht im Trägerkreis vertretenen Akteure im Feld Prävention und Gesundheitsförderung – gleichsam die „Zivilgesellschaft“. Es ist daher nicht sinnvoll, wenn die im Stiftungsrat vertretenen Träger der Stiftung zusätzlich auch das Kuratorium besetzen und sich sozusagen selbst beraten. Auch hier finden sich indes wieder jeweils zwei von der Bundesregierung und dem Bundesrat vorgeschlagene Mitglieder. Aus Sicht des **vzbv** sollte das Kuratorium als unterstützendes und beratendes Gremium im Wesentlichen aus den im Forum Prävention und Gesundheitsförderung bereits zusammengeschlossenen Organisationen gebildet werden. Diesem werden jedoch nur sieben der 16 Sitze zugestanden, während neben Bund und Ländern einzelne fachlich betroffene Institutionen in Paragraph 7 ausdrücklich genannt sind, obwohl davon wiederum nur das Robert-Koch-Institut nicht in der Liste der Mitglieder des Deutschen Forums verzeichnet ist.

Die Patientenbeteiligung im Rahmen der Besetzung des Kuratoriums durch das Forum Prävention und Gesundheitsförderung wird im Gesetzentwurf ausdrücklich geregelt. Mindestens eines der vom Forum vorgeschlagenen Kuratoriumsmitglieder soll aus dem Kreis der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen stammen. Diese Formulierung wurde in Analogie zum Paragraphen 140 f SGB V gebildet. In der Begründung zur entsprechenden Patientenbeteiligungsverordnung wird jedoch zwischen Organisationen der Selbsthilfe und den Verbänden der Beratungsträgerorganisationen klar unterschieden. Es wäre daher notwendig, dass beide Säulen der Patientenvertretung auch im Kuratorium repräsentiert sind. Daher sollten für die Patientenorganisationen mindestens zwei Plätze auf der Vorschlagsliste des Forums vorgesehen werden.

Zu Artikel 3: BZgA-Gesetz

Dass nach dem Errichtungserlass für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahr 1967 der BZgA nunmehr eine klare gesetzliche Grundlage gegeben wird, ist zu begrüßen. Neben vielen wichtigen Aktivitäten im Bereich der Ernährungs-, Drogen und Sexualaufklärung ist, wie die Begründung des Gesetzentwurfes ausdrücklich hervorhebt, das besondere Verdienst der BZgA, in Kooperation mit der Deutschen AIDS-Hilfe die international vorbildliche deutsche AIDS-Kampagne konzipiert und durchgeführt und damit eines der wenigen gelungenen Beispiele für eine auf Bundesebene erfolgreiche Maßnah-

me der Prävention und Gesundheitsförderung realisiert zu haben. Dass mit dem Gesetz der BZgA, wie es in der Begründung heißt, „größere Selbständigkeit und höhere Verantwortung übertragen“ wird, ist aus Sicht des **vzbv** zu begrüßen. Durch die ausdrückliche Bezugnahme auf Paragraph 2 des Präventionsgesetzes sind Aspekte der Gesundheitsförderung mit eingeschlossen und eine Verengung des Auftrages der BZgA auf bloße *Verhaltensprävention* oder gar *Gesundheitserziehung* wird vermieden. Wie wichtig es ist, den Auftrag gesundheitlicher Aufklärung breiter anzulegen, wird in Paragraph 4 deutlich, der die Aufklärung zur Suchtprävention regelt. Dort wird neben Strategien zur *Vermeidung* von Drogenkonsum auch der Ansatz der *Schadensminderung* („harm reduction“) verankert, der insbesondere Menschen betrifft, die Rauschmittel regelmäßig konsumieren oder bereits abhängig sind.

Im Unterschied dazu werden die Lehren aus der erfolgreichen AIDS-Kampagne in Paragraph 5 Absatz 2 noch nicht konsequent genug gezogen. Die in den Nummern 1. bis 3. benannten Tätigkeitsbereiche sind primär *verhaltensbezogen* und lassen die für den Erfolg der AIDS-Prävention so wichtigen Aspekte der *Verhältnisprävention*, insbesondere bei den epidemiologisch am meisten betroffenen Gruppen unberücksichtigt. Der **vzbv** regt daher an, den Absatz 2 in Paragraph 5 nach Nummer 3. um folgende Bestimmung zu ergänzen:

„Darüber hinaus fördert die Bundeszentrale zielgruppenspezifische Verhaltensprävention sowie Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten der Hauptbetroffenengruppen.“

Damit wäre eine bessere Grundlage für die Fortführung der auch international exemplarischen Zusammenarbeit zwischen einer staatlichen und einer nichtstaatlichen Organisation aus dem Bereich der Selbsthilfe geschaffen, die ein Merkmal der deutschen AIDS-Politik ist.

Zu Artikel 6: Änderung des Sozialgesetzbuches V

Der bisherige Paragraph 20 SGB V, in dem Prävention und Selbsthilfeförderung durch die gesetzliche Krankenversicherung geregelt wurde, bedurfte im Kontext des Präventionsgesetzes einer Neuformulierung. Dabei wird analog zu den Paragraphen 15 und 17 des Präventionsgesetzes nun deutlicher als zuvor zwischen *Verhaltensprävention* sowie *Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten* unterscheiden. Betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeitsschutz und Selbsthilfeförderung werden analog zur bisherigen Regelung beibehalten bzw. präzisiert. Der **vzbv** begrüßt die Klarstellungen in diesen Bereichen, insbesondere beim Paragraphen 20 d (Selbsthilfeförderung). Diese Regelung sollten in derselben Verbindlichkeit auch auf die anderen betroffenen Sozialversicherungszweigen übertragen werden.

In der Formulierung des neuen Paragraphen 20 vermisst man indes die bisherige Maßgabe, dass Leistungen der Primärprävention insbesondere einen Beitrag zur *Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen* erbringen sollen. Ein Verweis auf Paragraph 3 des Präventionsgesetzes, ist zwar in der Begründung zu finden: „Die Leistungen zur Verhaltensprävention sind dabei auch mit dem § 3 des Präventionsgesetzes verbunden.“ Ob damit aber ausdrücklich die sozialkompensatorische Ausrichtung der Verhaltensprävention der Krankenkassen beibehalten werden soll, bleibt offen, da der Paragraph 3 des Präventionsgesetzes einen weiten Regelungsumfang hat. Um die Substanz des bisherigen Paragraphen 20 SGB V zu erhalten, wäre daher ein ausdrücklicher Verweis auf Paragraph 3 Absatz 1 des Präventionsgesetzes in den Gesetzestext selbst aufzunehmen. Der **vzbv** setzt sich nachdrücklich für eine solche Klarstellung ein, um eine unter Wettbewerbsdruck forcierte Orientierung der verhaltenspräventiven Maßnahmen der Krankenkassen an der Gruppe der so genannten guten Risikoversicherten möglichst zu vermeiden. Derselbe Verweis wäre entsprechend auch in Artikel 7 (§ 12 a SGB VI), Artikel 10 (§ 45 e SGB XI) und Artikel 13 (§ 9 a (Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte) aufzunehmen.

Anlage 3

Schutzengel e.V.

Vernetzungsprojekt zur Förderung von Maßnahmen, die Familien mit jungen Kindern in einem sozialen Brennpunkt unterstützen

Gute Praxisbereiche:

Integriertes Handlungskonzept – Niedrigschwelligkeit – Evaluation

Abstract

Zahlreiche Familien und Alleinerziehende befinden sich in schwierigen sozialen Lagen. Damit verbunden sind Mehrfachbelastungen und Überforderungen, die sich negativ auf die Gesundheit der Kinder auswirken. Zielsetzung des Projektes ist es, durch spezielle niedrigschwellige und Frühbegleitung (z.B. Familienhebammen, Kinderbetreuungsangebote, Elterntreffpunkte) Hilfestellungen in den Familien zu geben, um Entwicklungsstörungen und gesundheitliche Probleme bei Kindern zu verringern oder zu verhindern. Angesprochen werden Familien bzw. Mütter in schwierigen sozialen Lebenslagen mit Kindern von 0 bis drei Jahren. Über die interdisziplinäre Arbeitsweise und verstärkte Einbindung von Kooperationspartnern (z.B. Kliniken, Ämter, Kitas) erfolgt eine effektivere Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen vor Ort und es kann eine gezielte Unterstützung gegeben werden.

Hintergrund

Im Norden Flensburgs, an der Westseite der Förde, liegt die Neustadt - in der Zeit der Industrialisierung im 19. Jahrhundert ein Stadterweiterungsgebiet. In ihrem heutigen Erscheinungsbild spiegelt sich der wirtschaftliche Strukturwandel des ausgehenden Industriezeitalters wider: Brachgefallene Gewerbe- und Industrieflächen, industrieller großflächiger Einzelhandel, Gründerzeitwohnungen und schlichter Arbeiterwohnungsbau verbunden mit gebietsbezogenem Einzelhandel und Kleingewerbe, charakterisieren die Neustadt. Diese ist seit 1999 im Förderprogramm Soziale Stadt und gleichzeitig Sanierungsgebiet nach dem Baugesetzbuch.

Hier leben rund 4.500 Menschen, unter ihnen überdurchschnittlich viele sozial Benachteiligte. Zahlreiche Familien und Alleinerziehende befinden sich in schwierigen sozialen Lebenslagen. Damit verbunden sind Überforderungen und Spannungen, die sich negativ auf die psychische und gesundheitliche Lage gerade der Kinder auswirken.

Im gesundheitlichen Bereich wurden insbesondere für Kinder und Jugendliche Sprach- und Entwicklungsstörungen, Deprivation, Übergewicht, Karies, Verhaltensauffälligkeiten sowie erhöhte Asthma- und Infektionsanfälligkeit beschrieben.

Vorgehen

Vor diesem Hintergrund ist das Modellvorhaben Schutzengel-Projekt entstanden. Es wurde vom Land Schleswig-Holstein gefördert. Schutzengel e.V. ist ein Zusammenschluss verschiedener im Gebiet ansässiger Träger, die sich zum Ziel gesetzt haben, Hilfestrukturen für junge Familien in der Neustadt zu stärken, zu verbessern und auch zu entwickeln. Es geht von einem umfassenden Gesundheitsbeg-

riff der Weltgesundheitsorganisation aus und ist ein partizipatorisches Projekt zur Stützung von Eltern und Kindern. Durch Frühbegleitung soll Hilfestellung in den Familien gegeben werden, um Entwicklungsstörungen und Behinderungen körperlicher und seelischer Art bei Kindern zu verringern oder zu verhindern.

Dieses wird durch verschiedene Bausteine erreicht:

- Die Familienhebamme, die mit dem Diakonissenkrankenhaus zusammen arbeitet, unterstützt junge Familien während der Schwangerschaft und nach der Geburt weit über den Rahmen der üblichen durch die Krankenkassen finanzierten Hilfen hinaus. Sie übt auch präventive Frühbetreuung aus. Sie hat ‚alle Zeit der Welt‘, und die wird auch gebraucht bei vielen Familien, die häufig in ihrer Lebenssituation mehrfach belastet und überfordert sind. Alltagsorgen, Gesundheitsprobleme, was tun bei einem Schreikind? – dies sind Themen, die gemeinsam mit der Familienhebamme angegangen werden können.
- Die Kindergarten Adelby 1 GmbH ist für die wissenschaftliche Begleitung, die Koordination des Elterntreffcafés und die pädagogische Frühförderung der Kinder im Alter von null bis drei Jahren verantwortlich.
- Die Familienbegleiterin der Diakonie unterstützt junge Familien in Zusammenarbeit mit der Kirchengemeinde insbesondere bei der Bewältigung des Alltags.
- Dem Elterntreffpunkt kommt ganz entscheidende Bedeutung zu. Zwei Wohnungen baute der Flensburger Arbeiter Bauverein zum Teil mit Städtebauförderungsmitteln – Soziale Stadt – zum Elterntreffcafé um. Hier erhält jeder Gelegenheit, über die großen und kleinen Sorgen miteinander zu sprechen, Tipps zur Bewältigung des Alltags, zu Erziehungs- und Gesundheitsproblemen zu erhalten, sich auszutauschen oder einfach ‚nur‘ miteinander zu reden. In den Räumen des Elterncafés bietet die Hebamme eine Sprechstunde an. Der Kindergarten Adelby 1 ist dort zur Frühförderung der Kleinkinder beratend tätig. Um das Elterncafé zu betreiben, ist ehrenamtliche Mitarbeit notwendig und auch vorgesehen. Das Café soll langfristig zu einem Ort der Selbsthilfe werden; Eltern können dort Kompetenz erwerben und ihr Wissen weitergeben.

Schutzengel ermöglicht mit seinen unterschiedlichen konzeptionellen Bausteinen eine Begleitung und Beratung von Müttern in schwierigen Lebenslagen von der Schwangerschaft über die Säuglingspflege bis hin zur Kindererziehung.

>Guter Praxisbereich ‚Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung‘ <

Schutzengel e.V. basiert auf einer eigens dafür entwickelte Netzwerkarbeitsweise in deren Rahmen es zu einer übergreifenden Abstimmung des Handlungskonzeptes mit den beteiligten Kooperationspartnern gekommen ist. Die Netzwerketeiligten haben teils durch Strukturänderungen im Abrechnungswesen, über Gestellungsverträge, personelle Verknüpfungen und finanzielle Beteiligungen neue Kooperationswege erprobt. Dazu gibt es folgende Beispiele:

- Die bis 2004 beim Kirchenkreis angestellte diakonische Familienbegleiterin arbeitete im Schutzengelprojekt, zur Zeit ist die Familienbegleiterin beim Förderverein Schutzengel e.V. angestellt,
- die AOK Flensburg hat einen Teil des Abrechnungsverfahrens hausintern umstrukturiert,
- die Wohnungsbaugenossenschaft (Flensburger Arbeiter Bauverein) konnte mit Städtebaufördermitteln zwei Wohnungen mietfrei zur Verfügung stellen.

Durch diese Netzwerkarbeitsweise entsteht eine Situation von der der Stadtteil insgesamt profitiert. Wohnungen werden besser vermietet, die Menschen haben eine Anlaufstelle, in der sie sich ungezwungen treffen können und absolut unbürokratisch Unterstützung erhalten.

Das vernetzte interdisziplinäre Arbeiten - eingebunden in ein integriertes Handlungskonzept - wird im Evaluationsbericht als ‚win-win-Situation‘ bewertet. Einzelne Institutionen wie Kliniken, Ämter, Kindertagesstätten und Kindergärten werden in ihren Aktivitäten entlastet, die Zusammenarbeit der Einrichtungen wird durch häufige Kontakte und Absprachen effektiver. Wohnungsmodernisierung und soziales Engagement der Wohnungswirtschaft beeinflussen positiv einerseits das soziale Klima und erreichen andererseits eine bessere Vermietung. Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Verbindung von baulichen, städtebaulichen und sozialen Maßnahmen im Rahmen des Projektes Synergieeffekte erzeugen.

Diese werden laut Evaluationsbericht insbesondere in folgenden Bereichen wirksam:

- Stabilisierung des Quartiers
- Imagegewinn des Stadtteils
- Imagegewinn der beteiligten Institutionen (Ämter, Wohnungsbaugesellschaft, Kirchengemeinde u.a.)
- Arbeitsentlastung der Institutionen
- Effektivere Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen.

Nach vereinzelt aufgetretenen Akzeptanz- und Kooperationsschwierigkeiten in der Anfangsphase des Projekts Schutzengel, hat sich die Zusammenarbeit über den Projektzeitraum zunehmend positiv entwickelt und als effektive Arbeitsform gezeigt.

> Guter Praxisbereich ‚Niedrigschwelligkeit‘ <

Ein nachahmenswerter Praxisbereich des Schutzengelprojekts zeigte sich in der besonderen Niedrigschwelligkeit des Konzeptansatzes bezogen auf Prävention und Gesundheitsförderung. Das Projekt ist

- nicht amtsgebunden,
- gewährleistet den Betroffenen ein hohes Maß an Anonymität und ist
- aufsuchend durch die Familienhebamme und Familienbegleiterin.

Dadurch konnte auch die Akzeptanz des Projekts insbesondere bei der Zielgruppe Mütter bzw. Eltern in schwierigen sozialen Lagen mit Kindern von null bis drei Jahren werden.

Die Evaluationsergebnisse bestätigen die Annahme, dass ein Zugang zu Familien bzw. Müttern in schwierigen Lebenslagen vor allem über die niedrigschwelligen Strukturen gewährleistet wird. Besondere Bedeutung kommt der direkten persönlichen Ansprache der Frauen vor allem zu Zeiten von Schwangerschaften, Geburt und frühkindlicher Betreuung zu. Die Vereinsstruktur erleichterte den Zugang zur Zielgruppe.

Der Evaluationsbericht beschreibt folgende begleitende Faktoren unter denen eine erfolgreiche aufsuchende und nachgehende Arbeit durch die Mitarbeiterinnen von Schutzengel möglich wurde:

- Vertrauen
- Diskretion
- unbürokratische schnelle Hilfe
- Präsenz vor Ort
- Zwanglosigkeit
- Transparenz des Handelns
- Einbeziehung der Mutter in den Maßnahmenplan
- Wertschätzung der Mutter

> Guter Praxisbereich ‚Evaluation‘ <

Die Projektziele von Schutzengel wurden nach Ablauf der dreijährigen Laufzeit umfassend hinsichtlich ihrer Umsetzung und Wirksamkeit extern geprüft. Dies erfolgte mittels qualitativer Forschungsmethoden. Es wurden leitfadenstrukturierte offene Interviews eingesetzt, mit denen die wesentlichen Perspektiven der beteiligten Akteure im Projekt erfasst wurden:

1. Vertreter und Vertreterinnen aus dem Netzwerk des Schutzengelprojektes
2. Mitarbeiterinnen des Schutzengelprojektes
3. Mütter, die als Zielgruppenvertreter/innen das Schutzengelprojekt in Anspruch nehmen

Im Rahmen der Interviewauswertung wurden die auf die Fragestellung bezogenen Aussagen der Akteure herausgearbeitet und einander gegenübergestellt. Diese vergleichende Zusammenführung der drei unterschiedlichen Perspektiven ermöglicht eine umfassende Bewertung des Projekts.

Im Mittelpunkt der Evaluierung standen die folgenden drei Themenfelder

1. Akzeptanz des Projekts:

- Konnte die Zielgruppe ‚Familien bzw. Mütter in ‚schwierigen‘ Lebenslagen mit Kindern von null bis drei Jahren‘ erreicht werden?
- Wird das Projekt von der Zielgruppe angenommen?

2. Prävention und Gesundheitsförderung:

- Werden präventive und/oder salutogenetischen Maßnahmen wirksam?

3. Kooperation des Netzwerks

- Konnten innovative Vernetzungsstrukturen entwickelt werden?
- Werden sie wirksam?

Positiv hervorzuheben ist, dass im Rahmen der qualitativ konzipierten Evaluation alle wesentlichen Beteiligten mit einbezogen wurden. Darüber hinaus zeigte die vergleichende Betrachtung der Ergebnisse eine weitgehende Übereinstimmung der drei Beteiligten-Perspektiven.

Die Ergebnisse der Evaluation konnten deutliche Hinweise erbringen, dass das Projekt des Schutzengelvereins in den Bereichen Erreichbarkeit der definierten Zielgruppe, Prävention und Gesundheitsförderung sowie innovativer Kooperation effektiv arbeitet. Das Konzept wird von den Evaluierenden als übertragbare und zukunftsweisende Arbeitsform eingeschätzt. Die Evaluation konnte somit die „erfolgreiche Umsetzung des Konzeptes (...) als ein effektives Präventionsmodell für Familien in schwierigen Lebenslagen mit Kindern von null bis drei Jahren“ belegen.¹¹ Darüber hinaus wurde durch die strukturierte Arbeitsweise im Vorgehen und die positiven Evaluationsergebnisse eine der nachahmenswerten Projektqualität angemessene Außendarstellung ermöglicht.

Kontakt

Informationen zum Projekt: Volker Syring
Förderverein Schutzengel
Lerchenstr. 4-6
24939 Flensburg
Telefon: 0461-9402850
E-Mail: vsyring@adelby.de
Website: <http://www.schutzengel-flensburg.de>

Informationen zur Evaluation: Frau Helene L. Luig-Arlt
Büro für Stadtteilmanagement
Heuberg 5
24977 Langballig
Telefon: 04636 / 977858
Telefax: 04636 / 977857
E-mail: luig-artl@foni.net

Bundesland: Schleswig-Holstein

¹¹ Luig Arlt, Helene L. Modellprojekt Schutzengel e.V. Abschlussbericht – Evaluation, Flensburg 2004, erhältlich unter www.schutzengel-flensburg.de in der Rubrik ‚Aktuell‘

Abkürzungen und Erläuterungen

BzgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
DMP	Disease Management Programm
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GMG	Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz
IGeL	individuelle Gesundheitsleistungen, die nicht von der Krankenkasse bezahlt werden
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MdB	Mitglied des Bundestags
PKV	Private Krankenversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch V, das das Recht der gesetzlichen Krankenkassen regelt
vzbv	Verbraucherzentrale Bundesverband
WHO	World Health Organisation - Weltgesundheitsorganisation

Moderation

Bernd Seguin

Fernsehjournalist, Ressortleiter Gesundheits- und Sozialpolitik, Wissenschaft und Bildung, Norddeutscher Rundfunk, Hamburg

Referenten und Teilnehmer/innen an der Podiumsdiskussion

Martin Dörmann MdB

Sprecher des Gesprächskreises "Verbraucherpolitik" der Friedrich-Ebert-Stiftung, SPD-Bundestagsfraktion, Mitglied im Bundestagsausschuss für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft, Berlin/Köln

Dr. Eckard Fiedler

Vorsitzender des Vorstands der Barmer Ersatzkasse, Wuppertal

Thomas Isenberg

Leiter des Fachbereichs Gesundheit / Ernährung des Verbraucherzentrale Bundesverbandes e.V., Berlin

Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach

Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Köln

Dr. Elisabeth Pott

Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Dr. Klaus Theo Schröder

Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn/Berlin

Ulrich Weigeldt

Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Bremen/Berlin

Tagungsplanung und -organisation

Hannelore Hausmann und Margit Durch

Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Wirtschaftspolitik, Bonn

Dokumentation

Diplom-Volkswirtin **Eva Günther**, Consec Consult, Bonn

Bisherige Publikationen und Veranstaltungen zu verbraucherpolitischen Themen:

Der Gesprächskreis „Verbraucherpolitik“ der Friedrich-Ebert-Stiftung will den kontinuierlichen Dialog über aktuelle und grundsätzliche verbraucherpolitische Themen fördern. An ihm sollen sich Entscheidungsträger, Meinungsbildner und Experten aus Politik, Administration, Verbänden, Wirtschaft, Medien und Wissenschaft beteiligen.

Die wichtigsten Ergebnisse der Veranstaltungen werden in Publikationen ziel-, praxis- und politikorientiert zusammengefasst. Damit stehen nicht nur den Konferenzteilnehmern, sondern darüber hinaus einem breiten Kreis wirtschaftspolitisch Handelnder und Interessierter entsprechende Informationsmaterialien und Handlungsempfehlungen zur Verfügung.

Reihe „Gesprächskreis Verbraucherpolitik“

Veranstaltung am 9. Juni 2005 in Köln / Gesprächskreis Verbraucherpolitik Nr. 3
**Für mehr Prävention in der Gesundheitspolitik – aber wie?
Erwartungen an ein Präventionsgesetz aus Verbrauchersicht**

Veranstaltung am 8. Juli 2004 in Köln / Gesprächskreis Verbraucherpolitik Nr. 2
Wie verbraucherfreundlich ist der liberalisierte Strom- und Gasmarkt?

Veranstaltung am 11. Mai 2004 in Berlin / Gesprächskreis Verbraucherpolitik Nr. 1
**Der geschröpfte Beitragszahler
Verschwendung und Missbrauch im Gesundheitswesen – hilft die aktuelle Reform?**

Verbraucherpolitik in der Reihe „Wirtschaftspolitische Diskurse“

Frühere Publikationen der Abteilung Wirtschaftspolitik zu verbraucherpolitischen Themen finden sich u.a. in der Veranstaltungs- und Publikationsreihe "Wirtschaftspolitische Diskurse". Diese greift mit Fachtagungen, Konferenzen und Podiumsdiskussionen aktuelle Probleme und wichtige Zukunftsfragen der Wirtschaftspolitik auf. Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Veranstaltungen sind Multiplikatoren und Entscheidungsträger aus Politik, Wirtschaft, Verbänden, Verwaltung, Gewerkschaften, Wissenschaft und Praxis.

Nähere Informationen sowie eine Liste der bislang erschienenen Publikationen finden Sie unter:

Reihe „Wirtschaftspolitische Diskurse“, www.fes.de/wirtschaftspolitik

Erschienene Diskurse zu verbraucherpolitischen Themen:

Veranstaltung am 18. Juni 2003 in Erfurt/Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 155
Der Patient im Mittelpunkt – Durchbruch für Patienten- und Verbraucherrechte durch die Gesundheitsreform?

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/fo-wirtschaft/01843.pdf>

Veranstaltung am 2. Dezember 2002 in Potsdam/Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 152
Nahrungsmittelskandale ohne Ende ?!

Wo stehen wir beim gesundheitlichen Verbraucherschutz und bei der Agrarwende?

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/fo-wirtschaft/01841.pdf>

Veranstaltung am 2. Mai 2001 in Berlin/Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 144
Auf dem Wege zu einem besseren gesundheitlichen Verbraucherschutz in Deutschland und Europa
auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/fo-wirtschaft/01467.pdf>

Veranstaltung am 14. April 1999 in Chemnitz/Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 128
Die neue Insolvenzordnung
Mehr Sanierungen statt Zerschlagungen von Betrieben?
auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00953toc.htm>

Veranstaltung am 8. Juni 1999 in Köln/Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 127
Ökologische Besteuerung im internationalen Vergleich
Wie weit sind andere Industrienationen?
nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00952toc.htm>

Veranstaltung am 9. Dezember 1996 in München/Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 101
Ohnmacht der Verbraucher gegenüber Banken und Versicherungen?
nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00333toc.htm>

Veranstaltung am 1. Oktober 1996 in Bonn/Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 99
Aufsichtsräte und Banken
Kontrolldefizite und Einflußkumulation in der deutschen Wirtschaft
Vorschläge der politischen Parteien zur Unternehmensrechtsreform
nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00358toc.htm>

Veranstaltung am 4. Mai 1995 in Frankfurt/Main /Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 78
Macht der Banken
nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00366toc.htm>

Verbraucherpolitik in der Reihe Internetökonomie

Das Projekt „Internetökonomie“ der Abteilung Wirtschaftspolitik im wirtschafts- und sozialpolitischen Forschungs- und Beratungszentrum widmet sich den vielfältigen Facetten der wirtschaftlichen, politischen und gesellschaftlichen Veränderungen, die mit der Ausbreitung und Anwendung neuer Informations- und Kommunikationstechnologien zu erwarten sind bzw. bereits stattfinden.

Erschienenene Veröffentlichung zu verbraucherpolitischen Themen:

Veranstaltung am 17. Juni 2002 in Hamburg/Reihe Internetökonomie
(Un-) Sicherheit im Internet
Wege zu einem besseren Schutz für Unternehmen und private Nutzer
auch im Internet abrufbar unter:
<http://fesportal.fes.de/pls/portal30/docs/FOLDER/BERATUNGSZENTRUM/WIPO/internetunsicherheit.pdf>

Ansprechpartnerin:

Hannelore Hausmann

*Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungsinstitut
Abt. Wirtschaftspolitik*

Hannelore.Hausmann@fes.de

