

Antrag

der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Klaus Ernst, Diana Golze, Katja Kipping, Elke Reinke, Volker Schneider (Saarbrücken), Dr. Ilja Seifert, Frank Spieth, Jörn Wunderlich und der Fraktion DIE LINKE.

Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgaben stärken – Gesellschaftliche Teilhabe für alle ermöglichen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Eine zentrale Voraussetzung für die gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung jedes Einzelnen ist Gesundheit. Sie wird nicht nur durch eigenverantwortliches Handeln erhalten und gefördert, sondern ist auch ganz wesentlich ein Produkt der gesellschaftlichen und ökologischen Rahmenbedingungen.

Einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit hat die soziale Lage. Es ist bekannt, dass Personen mit einer geringeren Bildung, einer niedrigen beruflichen Stellung und/oder einem geringen Einkommen in der Regel früher sterben. Gleichzeitig leiden sie häufiger an chronischen Erkrankungen und den damit verbundenen Auswirkungen auf die Lebensqualität. Je höher die soziale Schicht, desto geringer ist dagegen die Wahrscheinlichkeit, frühzeitig zu erkranken bzw. zu sterben (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2007).

Eine Trendwende ist unter den gegebenen Bedingungen nicht zu erwarten. Ganz im Gegenteil: Die Schere zwischen Arm und Reich geht sogar zunehmend auseinander mit den damit verbundenen Auswirkungen auf die Gesundheitschancen. Äußerst bedenklich ist, dass vor allem Kinder von Armut betroffen sind und einem immer höheren Armutrisiko unterliegen.

Die Aufgabe, die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen zu verringern, kann von der Gesundheitspolitik nicht allein bewältigt werden: Gesundheitspolitik kann immer nur einen Teil der sozial bedingten ungleichen Gesundheitschancen kompensieren. Die Einflüsse des Arbeitsmarktes, der Einkommensverteilung und der Bildungspolitik sind so groß, dass Prävention allenfalls nur Gegenakzente setzen kann. Nur eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik vermag es, sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen herzustellen und Wohlbefinden umfassend zu fördern. Gesundheitsförderung muss daher eine Aufgabe aller Politikbereiche sein und vor allem in der Wirtschafts-, Arbeitsmarkt-, Beschäftigungs-, Sozial-, Bildungs-, Sport-, Umwelt-, Verkehrs- und Wohnungspolitik umgesetzt werden.

Es sind die gesellschaftlichen Verhältnisse, die verändert werden müssen, um die zentralen Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit beseitigen zu können. Ein wichtiger Bestandteil einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik ist ein modernes und vorausschauendes Gesundheitswesen. Die Bundesrepublik Deutsch-

land verfügt zwar über eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung, jedoch ist das Gesundheitswesen bislang zu einseitig auf Akutmedizin ausgerichtet. Chronische Krankheiten und ihre Entstehungsmechanismen werden vom bundesdeutschen Gesundheitswesen dagegen viel zu wenig bekämpft. Die Stärkung der Prävention ist daher dringend erforderlich, um dieser Entwicklung entgegenwirken zu können.

Ein Präventionsgesetz ist längst überfällig. Es gibt zahlreiche Modellprojekte, Initiativen, Programme und Aktionen im Bereich der Prävention. Doch die dort gewonnenen Erkenntnisse und positiven Erfahrungen werden meist nicht bzw. nur ungenügend genutzt und weiterentwickelt. Es fehlt an Koordinierung und Nachhaltigkeit. Für eine wirksame Präventionspolitik muss endlich eine funktionsfähige, flächendeckende Infrastruktur geschaffen werden, um vom Aktionismus hin zur Verstetigung zu kommen. Gesundheitsförderung und Prävention sind zur ersten Säule der Gesundheitssicherung auszubauen und der Kuration, Rehabilitation und Pflege voranzustellen.

Prioritäres Ziel eines Präventionsgesetzes muss sein, die sozial-, geschlechts- und migrationsbedingte Ungleichheit der Gesundheitschancen zu verringern. Eine zentrale Voraussetzung hierfür ist, dass Gesundheitsförderung und Prävention so früh wie möglich ansetzen. Denn die Ursachen der meisten Krankheiten liegen in früheren Lebensjahren, sodass die gesundheitliche Lage im Kindesalter langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit eines Menschen haben kann.

Aufklärung, Information und Beratung allein reichen für eine erfolgreiche Präventionspolitik nicht aus. Sie appellieren zumeist an die Eigenverantwortung der Menschen, blenden zum Teil den Alltag und die Realität der Menschen aus und gehen dadurch zentrale Ursachen von Gesundheitsrisiken und -chancen nicht an.

Viele Einflüsse auf die persönliche Gesundheit gehen von der alltäglichen Umwelt aus. Gefragt sind daher Ansätze, die in den Lebenswelten der Menschen wirken. Damit die Attraktivität der jeweiligen Angebote erhöht und ihre Wirksamkeit und Nachhaltigkeit gewährleistet werden, müssen die Menschen an der Planung, Gestaltung und Umsetzung aktiv beteiligt werden. Partizipation wird damit zur Schlüsselgröße von Gesundheitsförderung und Prävention.

Damit Gesundheitsförderung und Prävention zum Fundament der Gesundheitspolitik werden, ist ein Präventionsgesetz dringend erforderlich. Obwohl die Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, Ende November 2007 den Bundestagsfraktionen einen Referentenentwurf für ein Präventionsgesetz zugeleitet hat, dauern die Streitigkeiten innerhalb der Koalition weiter an. Eine Einigung ist nicht in Sicht und ein Scheitern des Präventionsgesetzes nicht mehr auszuschließen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. schnellstmöglich einen Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention vorzulegen, der folgende Eckpfeiler umfasst:

a) eine Ziel- und Umfangsbestimmung von Gesundheitsförderung und Prävention in folgendem Sinne:

- Gesundheitsförderung und Prävention werden als gesamtgesellschaftliche Aufgaben anerkannt und dementsprechend ausgestaltet.

Der Aufbau einer neuen, ersten Säule „Gesundheitsförderung und Prävention“ der Gesundheitssicherung, die der Kuration, Rehabilitation und Pflege vorangestellt wird, ist zu gewährleisten.

- Die Strategie des Gender Mainstreamings ist verbindlich in der Gesundheitsförderung und Prävention zu verankern.

- Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sollen die Gesundheitschancen der gesamten Bevölkerung verbessern, aber prioritär dazu beitragen, die sozial-, geschlechts- und migrationsbedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern; dazu sind konkrete quantitative Zielvorgaben festzulegen.
 - Alle Präventionsmaßnahmen sind an bundeseinheitlichen Präventionszielen auszurichten und für alle an der Prävention Beteiligten verbindlich.
 - Die Unterstützung von Leistungen der Verhaltensprävention ist davon abhängig zu machen, ob ihre Wirksamkeit wissenschaftlich hinreichend belegt ist.
 - Eine deutliche Stärkung der lebensweltbezogenen Prävention ist vorzunehmen. Zwei Drittel der Ausgaben für nichtmedizinische Primärprävention müssen in Projekte und Programme der lebensweltbezogenen Prävention fließen.
 - Zu berücksichtigen ist, dass Gesundheitsförderung und Prävention so früh wie möglich ansetzen müssen, da im Kindes- und Jugendalter die zentralen Weichenstellungen für die gesundheitliche Entwicklung im weiteren Lebenslauf gestellt werden. Dennoch sollte Gesundheitsförderung und Prävention von jung bis alt organisiert werden.
 - Die Qualitätssicherung muss verbindlich werden: ihre Befunde sind zentral zur Qualitätsverbesserung und Wirkungsmessung auszuwerten;
- b) eine Organisationsstruktur in folgender Richtung:
- Es ist eine Koordinierungs- und Entscheidungsstelle auf Bundesebene zu schaffen, die organisatorisch an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angebunden wird und über eigene finanzielle Mittel im Rahmen eines Fonds verfügt. Dem Gremium gehören Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft, aller Finanzierungsträger, der Ärzteschaft, des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB), des Bundesrats, der kommunalen Spitzenverbände sowie von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen an. Zentral werden so bundeseinheitliche und verbindliche Präventionsziele festgelegt, Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Präventionsforschung gegeben und die Qualitätsberichte zusammengeführt.
 - Es sind Strategien zu entwickeln, wie partizipative Entscheidungsstrukturen von der Konzeption von Projekten und Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention bis hin zur Qualitätssicherung gewährleistet werden können.
 - Vorhandene bewährte Strukturen auf Landes- und kommunaler Ebene sind so weiterzuentwickeln, dass sinnvolle und integrierende Präventionsmaßnahmen verstetigt und damit institutionell anerkannt werden können. Der Grad der Vernetzung ist zu erhöhen.
 - Ein Präventionsbericht ist von der Koordinierungs- und Entscheidungsstelle auf Bundesebene alle vier Jahre dem Bundestag und Bundesrat vorzulegen;
- c) folgende Prämisse in der Finanzierung:
- Die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für Gesundheitsförderung und Prävention muss in der Finanzierung zum Ausdruck kommen. Bund, Länder und Kommunen müssen sich ebenso wie die Sozialversicherungszweige und die Private Kranken- und Pflegeversicherung

beteiligen. Zusätzlich sind zum Start aus dem Bundeshaushalt in den nächsten vier Jahren jeweils 1 Mrd. Euro an den Fonds zu überweisen.

- Von den Gesamtmitteln können 75 Prozent von der kommunalen Ebene abgerufen werden, das entspricht dem Ansatz, die Entscheidungen im Gesundheitswesen zu demokratisieren. Die Landes- und kommunalen Mittel sind generell zur Kofinanzierung einzusetzen.
 - Nach Abschluss der Aufbauphase ist der Finanzierungsbeitrag des Bundes für die Folgejahre festzulegen.
 - Zu prüfen ist, ob über eine zweckgebundene Abgabe die (Verursacher-)Industrie beteiligt werden kann;
2. eine umfassende und systematische Forschungsstrategie zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit zu entwickeln, deren Programme finanziell abgesichert und mit hoher Qualität und Transparenz durchgeführt werden;
 3. für das Ziel einer gesundheitlichen Chancengleichheit eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik zu entwickeln, die darauf zielt, die Ursachen sozialer Ungleichheit und Armut zu beseitigen. Gleichzeitig sind die Gesetzentwürfe, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben könnten, einer Prüfung hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die gesundheitliche Ungleichheit zu unterziehen.

Berlin, den 11. Dezember 2007

Dr. Gregor Gysi, Oskar Lafontaine und Fraktion

Begründung

Auf dem Gebiet der primären Prävention besteht in Deutschland eine erhebliche Unterversorgung. Dies hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits in seinen früheren Gutachten konstatiert und sich in seinem diesjährigen Gutachten für die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes in dieser Legislaturperiode ausgesprochen. Seines Erachtens sollten Interventionen in der Regel fünf Anforderungen genügen. Sie sollten

1. sich nicht nur darauf konzentrieren, gesundheitliche Belastungen zu senken, sondern auch gesundheitliche bzw. gesundheitsdienliche Ressourcen stärken,
2. nicht nur krankheitsspezifische, sondern auch unspezifische Belastungen und Ressourcen beeinflussen,
3. auf eine Veränderung der Lebenswelten in Richtung Gesundheitsförderlichkeit zielen und
4. die Zielgruppen so umfassend wie möglich von der Konzeption bis zur Qualitätssicherung beteiligen.

Schließlich sollen im Falle von komplexen Präventionsprojekten in Lebenswelten auch „viel versprechende“ Interventionen gefördert werden.

Auf der Grundlage dieser Empfehlungen soll der quantitative und qualitative Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention erfolgen. Während die Primärprävention Maßnahmen und Strategien bezeichnet, die darauf zielen, bestimmte Erkrankungen zu vermeiden bzw. ihre Eintrittswahrscheinlichkeit zu senken, unterstreicht der Begriff der Gesundheitsförderung ausdrücklich den

Aspekt der Ressourcenstärkung. Gemäß der Ottawa-Charta von 1986 zielt die Gesundheitsförderung in ihrer Gesamtheit auf die Förderung umfassenden Wohlbefindens und verdeutlicht damit das Erfordernis einer integrierten Handlungsstrategie. Angesichts des engen Zusammenhangs von Gesundheit und sozialer Ungleichheit sind die sozialen Determinanten von Gesundheit in den Blick zu nehmen.

Diese Erkenntnis wird auch von der Bundesregierung weitgehend ausgeblendet. Sie bekämpft nicht die zentralen Ursachen der stark unterschiedlichen Gesundheitschancen. Ganz im Gegenteil: Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verdienen gegenwärtig real gerade so viel wie vor 15 Jahren. Die Lohnquote sinkt seit Jahren. Zudem schützt Erwerbstätigkeit nicht mehr ausreichend vor Armut: So sind immer mehr Vollzeitbeschäftigte ergänzend zu ihrem Einkommen auf Arbeitslosengeld II angewiesen. Die Armutsrisikoquote weist – so der zweite Armuts- und Reichtumsbericht – einen kontinuierlichen Anstieg auf. Betroffen sind vor allem Kinder. Rund 2,6 Millionen von ihnen leben bereits in Armut. Gleichzeitig findet eine starke Vermögenskonzentration statt, wie eine Studie des DIW Berlin vom November 2007 aufzeigt. Demnach verfügen rund zwei Drittel der Bevölkerung ab 17 Jahren über kein oder nur ein sehr geringes Vermögen, während 10 Prozent der Bevölkerung fast zwei Drittel des Vermögens besitzen. Zudem sind wir von einer Chancengleichheit im Bildungssystem weit entfernt: In keinem anderen Industrieland entscheidet die soziale Herkunft so stark über die Bildungschancen und damit sowohl über die späteren Lebens- und Arbeitsbedingungen als auch über die Gesundheitschancen wie in Deutschland.

In welchem Umfang bereits zum heutigen Zeitpunkt prekäre Lebensbedingungen einen entscheidenden Einfluss auf den Gesundheitszustand haben, hat zuletzt der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) aufgezeigt. Doch angesichts der gegenwärtigen Wirtschafts-, Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik ist künftig eher mit einer Zunahme der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen zu rechnen. Eine stetige Zunahme psychischer Erkrankungen ist bereits zu verzeichnen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat bereits im letzten Jahr die seelische Gesundheit als die neue Herausforderung identifiziert. Sie schätzt, dass psychische Erkrankungen im Jahr 2020 die am häufigsten auftretenden Krankheiten sein werden.

Ein Präventionsgesetz allein kann also die bestehende soziale Chancenungleichheit nicht ausgleichen, sondern lediglich Gegenakzente setzen und zumindest dazu beitragen, das Thema der sozial bedingten Ungleichheit der Gesundheitschancen auf der Agenda zu halten. Entscheidend ist daher, dass Gesundheitsförderung in allen Politikfeldern umgesetzt wird. Ein wesentlicher Ansatzpunkt hierfür ist, alle Gesetzentwürfe, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten, hinsichtlich ihrer Wirkungen auf die gesundheitliche Ungleichheit zu überprüfen. Ein Präventionsgesetz schafft aber insbesondere die Voraussetzungen dafür, Menschen vor Ort unmittelbar erreichen und unterstützen zu können. Deshalb müssen die Maßnahmen der nichtmedizinischen Primärprävention hauptsächlich in den Lebenswelten der Menschen ansetzen. Damit die so genannten Setting-Ansätze nachhaltig gestärkt werden, sind hierfür zwei Drittel der Mittel für die nichtmedizinische Primärprävention vorgesehen. Im Unterschied zur Verhaltensprävention sind die gesundheitlichen Wirkungen anspruchsvoller, komplexer Interventionen wie den Setting-Projekten in Stadtteilen, Schulen etc. nicht leicht messbar. Vor Aufnahme der Intervention sollte daher ein konsensfähiges Konzept der Qualitätssicherung vorgelegt werden. Die Informationen und Befunde hinsichtlich ihrer Qualität und Wirksamkeit sind zentral zusammenzuführen und auszuwerten. Insgesamt ist der Ausbau der Forschung eine wesentliche Voraussetzung für die notwendige Weiterentwicklung der Primärprävention. Ein besonderer Fokus ist auf Vorhaben zu sozial Benachteiligten zu legen, wie vom Sachverständigenrat in seinem aktuellen Gutachten empfohlen.

Es ist ein Koordinierungs- und Entscheidungsgremium auf Bundesebene zu schaffen, damit die für die nichtmedizinische Primärprävention zur Verfügung gestellten Mittel über ein zentrales Gremium gebündelt und zielgerecht zur Verfügung gestellt werden können. Zudem ist es ein Gebot des Grundgesetzes, einheitliche Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland zu gestalten. Die Präventionsziele sollten daher auf Bundesebene entwickelt und verbindlich festgelegt werden. Die organisatorische Anbindung des Gremiums an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ermöglicht eine Vernetzung mit dem dort betreuten bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Das bundesweite Gremium kann auf Ebene der Länder auf vorhandene Strukturen aufbauen, insbesondere auf die jeweiligen Landesvereinigungen für Gesundheit und die dort angesiedelten Regionalen Knoten als Vernetzungs- und Koordinierungsstellen. Dies erfordert gleichzeitig, dass solche bestehenden integrierenden Strukturen verstetigt und weiter gestärkt werden. Erfolgreiche Modellprojekte wie beispielsweise das Projekt „gesund leben lernen“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen sind ebenfalls in den Regelbetrieb zu überführen.

Gesundheitsförderung und Prävention sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Eine Mischfinanzierung ist daher zu verwirklichen: Die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Kommunen, alle Sozialversicherungszweige sowie die Private Kranken- und Pflegeversicherung müssen einen spürbaren Beitrag leisten. Es ist unbedingt zu verhindern, dass der Staat sich auf Kosten der Sozialversicherungsträger von seinen präventiven Aufgaben „entlastet“. Neben der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung, der Unfallversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung ist die Arbeitslosenversicherung auf jeden Fall einzubeziehen. Denn Langzeiterwerbslose sind im Durchschnitt einem ungefähr doppelt so hohen Risiko ausgesetzt, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben als Menschen, die berufstätig sind. Es ist zu prüfen, ob über eine zweckgebundene Abgabe die (Verursacher-)Industrie beteiligt werden kann. Dies wäre nur folgerichtig, wenn die beträchtlichen gesundheitlichen Risiken, die anerkanntermaßen beispielsweise der Alkohol- und Zigarettenkonsum hervorruft, bedacht werden. Nicht zu übersehen sind die Risiken, die moderne Freizeitgeräte für die Bewegungsarmut oder ungesunde Nahrungs- und Genussmittel für Übergewicht mit sich bringen.

Für einen Paradigmenwechsel in Richtung eines präventiven Gesundheitswesens sind erhebliche finanzielle Mittel erforderlich. Deshalb wird der Anteil der Steuermittel auf 1 Mrd. Euro für die nächsten vier Jahre festgelegt, damit eine finanzielle Grundlage für die Errichtung einer neuen, starken Säule „Gesundheitsförderung und Prävention“ geschaffen wird. Um die einseitige Ausrichtung auf die Akutmedizin langfristig zugunsten eines modernen Gesundheitswesens zu überwinden, ist nach Abschluss der Aufbauphase ein jährlicher Finanzierungsbeitrag des Bundes gefordert. Die Kofinanzierungsanteile von Ländern und Kommunen sind im Gesetz auszugestalten. Je nach Projekt- oder Maßnahmenart kann das mit einem Beteiligungskorridor beispielsweise von 1 bis 20 Prozent geschehen. Eine umfassende Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention kostet zunächst Geld, mittel- bis langfristig lässt sich jedoch ein erhebliches Einsparpotential im Bereich der Gesundheitsausgaben erschließen.

