

Antrag

der Abgeordneten Angelika Graf (Rosenheim), Bärbel Bas, Dr. Karl Lauterbach, Petra Ernstberger, Elke Ferner, Dr. Edgar Franke, Iris Gleicke, Ute Kumpf, Steffen-Claudio Lemme, Hilde Mattheis, Thomas Oppermann, Mechthild Rawert, Dr. Carola Reimann, Ewald Schurer, Dr. Marlies Volkmer, Dr. Frank-Walter Steinmeier und der Fraktion der SPD

Potenziale der Prävention erkennen und nutzen – Prävention und Gesundheitsförderung über die gesamte Lebensspanne stärken

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Angesichts veränderter Rahmenbedingungen in den sozialen Sicherungssystemen gewinnt die Notwendigkeit der Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten an Bedeutung. Herausforderungen wie eine zunehmende Dominanz chronischer Erkrankungen, der Anstieg psychischer Krankheiten sowie die Wechselbeziehung zwischen Gesundheit und sozialer Lage können durch eine verstärkte Prävention und Gesundheitsförderung besser gemeistert werden. Insbesondere vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft werden Prävention und Gesundheitsförderung immer mehr zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe. Um die sozialen Sicherungssysteme langfristig zu stabilisieren, ist es dringend erforderlich, die Förderung eines gesunden Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen, die Vorbeugung von Krankheiten, die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, Hilfebedürftigkeit, Pflegebedürftigkeit und Behinderung sowie die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit zu verbessern.

Bisherige Bemühungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zeigen vielfältige Probleme, die einer erfolgreichen Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen entgegenstehen. Es existieren viele gute Ansätze, welche jedoch meist nur lückenhaft verbreitet und nur selten in die bestehenden Regelsysteme integriert sind. Als wesentliche Schwachstellen gelten die fehlende Berücksichtigung von Schnittstellen zu anderen Sektoren und die fehlende Vernetzung der im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung tätigen Akteure. Die Präventionslandschaft ist fragmentiert, ihre Ziel(gruppen)orientierung uneinheitlich, nicht aufeinander abgestimmt und ineffektiv. Eine eher als aktionistisch zu bewertende Reihe von Modellprogrammen sorgt kaum für Nachhaltigkeit. Ein flächendeckendes Angebot an wirksamen Präventionsleistungen kann so nicht entstehen. Insbesondere im Bereich der lebensweltorientierten Prävention sowie in der Primärforschung, die den Nutzen von Prävention nachweisen kann, besteht bei den Trägern und in Wissenschaft und Forschung ein großer Nachholbedarf.

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung verweist auf die Bedeutung von Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesund-

heitsberatung, Gesundheitsselbsthilfe und der Präventivmedizin (health in all policies). Sie zeigt die Notwendigkeit auf, Maßnahmen von Prävention und Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln, gesundheitsfördernde Lebenswelten zu schaffen, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen und Gesundheitskompetenzen zu fördern. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, braucht es neben einer stärkeren Unterstützung einzelner Präventionsprogramme eine ganzheitliche, nachhaltige und qualitätsorientierte Gestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung.

Wir brauchen eine Prävention und eine Gesundheitsförderung, die systematisch in die bestehende Gesundheitsversorgung eingebunden und deren Finanzierung ausreichend und langfristig gesichert sind. Wichtig dabei bleibt, die über die letzten Jahre geschaffenen Strukturen zu sichern, auszubauen und im Sinne der Qualitätssicherungs- und Wirkungskontrollen zu optimieren. Den Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Zum einen muss die Wertschätzung von Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung im Bereich der Gesundheitspolitik massiv erhöht werden und zum anderen sollen Insellösungen, Schnittstellenproblematiken und mangelnde Qualitätssicherung bekämpft werden. Das gilt auch für den Bereich Kuren und Rehabilitation. Denn für eine effektive Prävention und Gesundheitsförderung müssen alle gesundheitsbezogenen Maßnahmen wie auch Rehabilitation und Pflege ineinandergreifen.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen benennt in seinem Gutachten 2009 diverse Beispiele, in denen sich die ungleiche soziale Verteilung gesundheitlicher Lebenschancen zeigt. Es fängt bei der geringen Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen durch sozial benachteiligte Kinder an und endet bei der signifikant niedrigeren Lebenserwartung und der geringeren Anzahl der gesund verbrachten Jahre insbesondere bei Männern mit einem niedrigen sozialen Status. Der 13. Kinder- und Jugendbericht bestätigt Erkenntnisse der KIGGS-Studie des Robert Koch-Instituts, wonach das Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigungen in diesen Bevölkerungsgruppen besonders groß ist. Das Augenmerk muss daher noch stärker als bisher auf die Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko gerichtet werden. Es gilt zudem, die Kinder- und Jugendhilfe mit den verschiedenen Akteuren des öffentlichen und privaten Gesundheitswesens enger zu verzahnen, um gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter zu fördern (siehe auch den Antrag der Fraktion der SPD „Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen fördern“ auf Bundestagsdrucksache 17/3178).

2050 wird voraussichtlich jeder dritte Bundesbürger bzw. jede dritte Bundesbürgerin älter als 60 Jahre sein. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung wird von derzeit 42,9 Jahren auf voraussichtlich 48 Jahre im Jahr 2050 ansteigen. Erfreulicherweise geht die erhöhte Lebenserwartung auch mit einer Zunahme an gesunden Jahren einher. Eine deutliche Zunahme von älteren sowie von hochbetagten Menschen wird jedoch besondere Anforderungen an das deutsche Gesundheitswesen stellen. Inwiefern der medizinische Fortschritt und die Entwicklung neuer Medikamente mit einer erhöhten Medikalisierung und damit mit steigenden Kosten einhergehen, kann bislang nur schwer vorausgesagt werden. An den prognostizierten realen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen bis 2060 werden der Anstieg aufgrund des medizinischen Fortschritts zu drei Vierteln und der demografische Wandel zu einem Viertel verantwortlich gemacht. Die Potenziale der Prävention müssen daher erkannt und genutzt werden, um die kommenden Belastungen zu minimieren. Mit einer verbesserten Prävention über die gesamte Lebensspanne können auf Dauer nachhaltige Einsparungen im Gesundheitswesen erreicht werden.

Ziele für eine gute Gesundheit im höheren Lebensalter sind die Vermeidung von Erkrankungen, Multimorbidität, Funktionseinschränkungen, Behinderungen und Hilfebedürftigkeit. Präventive Maßnahmen und Projekte können auf die Gesundheits- und Alltagskompetenz, die Lebensqualität, das Wohlbefinden und die gesundheitliche Verfassung älterer Menschen positiv Einfluss nehmen. Auch für pflegebedürftige Menschen können die Präventions- und Rehabilitationspotenziale verbessert werden. Eine verbesserte Abstimmung zwischen medizinischen und pflegerischen Leistungen ist dringend erforderlich. Präventive Gesundheitsdienste können insbesondere in einem frühen Stadium der Erkrankung das Gesundheitsmanagement deutlich verbessern und die Kosten für die nachfolgende Gesundheitsversorgung, Pflege und Betreuung beträchtlich senken.

Menschen aus bildungsfernen Bevölkerungsschichten können in besonderem Maße von Prävention und Gesundheitsförderung profitieren, da sie eine höhere Anzahl von gesundheitlichen Risikofaktoren aufweisen als bildungsnahe Bevölkerungsgruppen. Um sie besser als bisher für präventive Maßnahmen erreichen zu können, kommt der Zielgruppenorientierung in der Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung eine besondere Bedeutung zu. Auch geschlechtsspezifische Unterschiede in den Lebenslagen führen zu unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken, die bei Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zukünftig eine verstärkte Aufmerksamkeit erhalten sollten. Prävention und Gesundheitsförderung müssen sich stärker als bisher an den Lebenswelten der Menschen orientieren und verstärkt settingbezogene Ansätze einbeziehen. Die Niedrigschwelligkeit der Maßnahmen, eine ziel- und zielgruppenorientierte Ansprache, die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit sowie verlässliche Ansprechpartner vor Ort sind hierfür von besonderer Bedeutung.

Die betriebliche Gesundheitsförderung ist ein gutes Beispiel für die Wirksamkeit von Maßnahmen nach dem Settingansatz. Vor allem in großen Unternehmen profitieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und das Unternehmen als Ganzes von den Maßnahmen. Auch das Kooperationsgebot für die Träger von Unfall- und Krankenversicherungen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren hat sich als wirksam erwiesen. Diese Erfolge dienen als Anreiz, die betriebliche Gesundheitsförderung kontinuierlich weiterzuentwickeln und ihre erfolgreichen (Setting-)Ansätze auch in anderen Bereichen der Gesundheitsförderung anzuwenden. Defizite hat die betriebliche Gesundheitsförderung dort, wo sie kleine und mittlere Unternehmen anspricht. Neben den strukturellen Ursachen in den Unternehmen gilt es auch die bestehenden Angebote und Anreize der Träger besser auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Unternehmen und ihrer Mitarbeiter abzustimmen. Best-Practice und konkrete Erfolgsmodelle können dabei helfen, betriebliche Gesundheitsförderung auch für kleine und mittlere Unternehmen attraktiv und durchführbar zu gestalten.

Die Kompetenzen der in der Prävention und Gesundheitsförderung tätigen Einrichtungen müssen zu einem „Nationalen Institut für Prävention“ gebündelt und ausgebaut werden. Ein solches Institut soll in seiner Funktion verbindliche Strukturen und Rahmenvorgaben schaffen, qualifizierte Beratungsangebote für die Akteure anbieten und die Entwicklung sowie Umsetzung einer systematischen Primärpräventionsforschung ermöglichen. Hierzu müssen die Rollen der einzelnen Einrichtungen neu überdacht und neu geordnet werden.

Die Finanzierung der Gesundheitsförderung und Prävention muss gebündelt werden. Immer knapper werdende finanzielle Ressourcen dürfen von den verschiedenen Trägern nicht in Parallelstrukturen oder gegensätzlichen Ansätzen verwendet werden. In Österreich und der Schweiz wurden gute Erfahrungen mit Stiftungslösungen gemacht. Darauf aufbauend, müssen die Ausgaben aller Sozialversicherungszweige, des Bundes, der Länder und aller anderen Träger

von Leistungen zur Gesundheitsförderung in einer Stiftung zusammengeführt werden. Aufgabe der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung muss es sein, zu koordinieren und auch selbst operativ tätig zu werden.

Projekte mit einer nachgewiesenen „Guten Praxis“ müssen vorangetrieben werden und flächendeckenden Einsatz finden. Dem vorherrschenden Etikettenschwindel zwischen theoretischen Projektvorhaben und praktischer inhaltlicher Umsetzung muss durch eine fundierte wissenschaftliche Basis vorgebeugt werden, die zur stetigen Qualitätsentwicklung und -sicherung beiträgt. Gemeinsam durch die Akteure erarbeitete, nationale Präventionsziele müssen die Grundlage für die Strategien und Aktivitäten in diesem Sektor bilden. Das Nationale Institut für Prävention kann hierfür eine wichtige Rolle einnehmen. Darüber hinaus muss die Forschung in der Prävention und Gesundheitsförderung deutlich stärker gefördert werden.

Präventive und gesundheitsförderliche Intervention müssen als gesamtgesellschaftliche ressortübergreifende Aufgabe in der Bundes-, Länder- und Kommunalpolitik erkannt werden und als vierte Säule des Gesundheitswesens neben Kuration, Pflege und Rehabilitation als eine eigenständige Säule im Gesundheitswesen etabliert und legitimiert werden. Dazu braucht es einen verbindlichen strukturellen wie gesetzlichen Gesamtrahmen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. eine umfassende Präventionsstrategie für den Bund zu entwickeln, die
 - a) Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule neben Kuration, Pflege und Reha etabliert;
 - b) nationale Präventionsziele definiert, an denen sich die Strategien und Aktivitäten der unterschiedlichsten Akteure ausrichten können;
 - c) die beteiligten Ministerien in interministerieller Abstimmung eng in die Ausgestaltung der Präventionsstrategie einbezieht und die betroffenen Ressorts verpflichtet, die Gesetzgebung des Bundes hinsichtlich deren Auswirkungen auf die nationalen Präventionsziele zu bewerten;
 - d) die Prävention von Sucht einbezieht;
 - e) die jeweiligen spezifischen Bedarfe der Generationen geschlechterspezifisch vor dem Hintergrund der älter werdenden Gesellschaft berücksichtigt;
2. einen Entwurf für ein Präventionsgesetz und damit einen gesetzlichen Rahmen für eine verbesserte Prävention und Gesundheitsförderung vorzulegen, welcher
 - a) die Terminologie für sämtliche gesetzliche Regelungen wie die Sozialgesetzbücher einheitlich regelt und dabei den aktuellen wissenschaftlichen Stand berücksichtigt;
 - b) die Zusammenarbeit von Bund, Ländern und Kommunen in diesem Bereich vorgibt und Zuständigkeiten eindeutig klärt;
 - c) den Erfahrungsaustausch und die Vernetzung sicherstellt und ausbaut;
 - d) den Ausgabenrichtwert nach § 20 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in seiner jetzigen Form aufhebt und für die Ausgaben der Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung einen Mindestausgabenrichtwert von 10 Euro pro Versichertem festlegt, dessen Unterschreitung sanktioniert werden kann;
 - e) Leistungen in Settings mit niedrigschwelligem Maßnahmen und einer ziel- und zielgruppenorientierten Ansprache besonders fördert, damit die

gesundheitliche Situation der Versicherten in ihrer Lebenswelt mit der individuellen gesundheitlichen Belastung durch das Lebensumfeld ermittelt und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation entwickelt werden können;

- f) die Krankenkassen verpflichtet, auch für nichtbetriebliche Settingmaßnahmen einen Mindestausgabenrichtwert einzuhalten und die in diesem Bereich eingesetzten Mittel mindestens zu verdreifachen;
- g) eine Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung als neue gemeinsame Organisationseinheit der Sozialversicherung, des Bundes und der Länder errichtet und finanziell unterstützt;
- h) die gesetzliche Krankenversicherung, die private Krankenversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung und die soziale Pflegeversicherung sowie die Länder als Stifter für eine Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung gewinnt;
- i) die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung ermächtigt, die Ziele sowohl für die Verhaltensprävention als auch für die Settingmaßnahmen vorgeben, koordinieren und kontrollieren zu können, an gesundheitlicher Aufklärung mitzuwirken, innovative Modellprojekte durchzuführen und Qualitätsstandards (Definition, Verfahren und Qualitätskontrolle) setzen zu können;
- j) die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung damit beauftragt, die Präventionsmaßnahmen aller Träger zu koordinieren, anzuregen, die Umsetzung zu begleiten und als Ansprechpartnerin für Betriebe, Kindertageseinrichtungen, Schulen und Sportvereine zu dienen, wobei auf die bestehende Infrastruktur zurückgegriffen werden sollte. Dabei könnten auch die Mehrgenerationenhäuser als Orte für Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort in Frage kommen, wenn sie dafür geeignet sind;
- k) ein der Stiftung für Prävention und Gesundheitsförderung untergeordnetes Nationales Institut für Prävention einrichtet, das Richtlinien für die Schaffung verbindlicher Strukturen und Rahmenvorgaben erarbeitet, qualifizierte Beratungsangebote für die Akteure anbietet, Standards für Qualitätssicherung und Evaluierung entwickelt und die Einhaltung nationaler Präventionsziele überwacht;
- l) Wissenschaft und Forschung in den Bereichen Public Health, Gesundheitsökonomie, Gerontologie und medizinische Soziologie stärkt und insbesondere die Primärforschung fördert;
- m) die betriebliche Gesundheitsförderung für kleine und mittlere Unternehmen mit kooperativen Ansätzen, wie etwa die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga), fördert;
- n) die Organisationen des Sports beim Aufbau und der Durchführung von bewegungsorientierten Präventionsprogrammen einbezieht;
- o) Disease-Management-Programme ausbaut;
- p) Rauchentwöhnung für betriebliche Gesundheitsförderung über die Krankenkassen stärker fördert und die Prävention von Sucht zu einem Schwerpunkt macht;
- q) den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in den Kommunen als ersten lokalen und regionalen Ansprechpartner für kleine und mittlere Betriebe, Kindertageseinrichtungen, Schulen, Vereine und andere Akteure stärkt und die Kommunen darin unterstützt, durch eine ausreichende Finanzierung die Handlungsfähigkeit des ÖGD zu verbessern;

- r) eine verbesserte Abstimmung zwischen medizinischen und pflegerischen Leistungen erreicht sowie das geriatrische Assessment und den präventiven Hausbesuch als Instrumente der Prävention und Gesundheitsförderung begreift;
- s) eine kontinuierliche Berichterstattung zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention jeweils einmal pro Legislaturperiode, erstmals drei Jahre nach seinem Inkrafttreten regelt.

Berlin, den 6. April 2011

Dr. Frank-Walter Steinmeier und Fraktion

