

ASG-Eckpunkte für eine Präventionsgesetzgebung

Gesundheit gehört zu den wichtigsten Gütern. Die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und bei Krankheit hervorragende Bedingungen für ihre Wiederherstellung zu schaffen, ist eine der wichtigsten staatlichen und gesellschaftlichen Aufgaben. Während die kurative Medizin in den letzten Jahrzehnten einen enormen Aufschwung erfahren hat, besteht in Deutschland im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung ein erheblicher Entwicklungsbedarf. Deshalb kämpft die SPD seit vielen Jahren für eine Präventionsgesetzgebung.

Wirksame Prävention setzt einen nachhaltigen Paradigmenwechsel voraus: Die Abkehr von der Krankheits-, Medizin- und Arztzentrierung der gesundheitlichen Versorgung. Stattdessen muss Gesundheitsorientierung und Interdisziplinarität das Handeln von Präventionsexperten und -expertinnen bestimmen. Es sind weitere Public Health Fakultäten, neue Studienstandorte und neue Ausbildungsgänge in diesem Bereich zu schaffen. Außerdem muss versucht werden, die kurative Orientierung in den Approbations- und Ausbildungsordnungen der klassischen Gesundheitsberufe zu durchbrechen und um Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention zu ergänzen.

Leitlinien für eine Präventionsgesetzgebung müssen nach unserer Überzeugung sein:

- **Schwerpunkt Kinder und Familien**
Der Schwerpunkt muss angesichts der anstehenden Gesamtaufgabe und der besonders langfristigen Wirksamkeit im Hinblick auf die Gesundheitsförderung und Prävention auf Kinder und Familien ausgerichtet sein.
- **Lebensweltbezogene Netzwerke als Träger der Prävention**
Die Präventionsgesetzgebung muss ihre Maßnahmen ganz überwiegend auf Grundlage des Settingansatz und eindeutig an lebensweltbezogenen Konzepten ausrichten. Die Umsetzung von Präventionsinitiativen soll insbesondere durch lokale und regionale Netzwerke erfolgen, weil nur so der Lebensweltansatz umsetzbar ist.
- **Mittel als Pool oder Fonds zusammenführen**
Die Mittel aller Mitfinanziers sind als Pool zusammenzuführen und ihre Verwendung über die regionalen Netzwerke am Bedarf der Bürgerinnen und Bürger und nicht am Einzelinteresse der Finanziers auszurichten.
- **Wirkungsorientierung und Berichterstattungssystem**
Die beteiligten staatlichen Akteure treten mit einem unaufwändigen Berichtssystem in eine wechselseitige Unterstützung und Beobachtung.
- Die **Gesundheitsverträglichkeitsprüfung** soll verbindlicher Bestandteil aller Alle Gesetz- und Satzungsgebungsverfahren sein.

Eine gesellschaftspolitisch fundierte Politik für Prävention und Gesundheitsförderung

- beginnt frühzeitig in den Familien und Erziehungseinrichtungen wie Kitas und Schulen, wird integriert in vorhandene Erziehungsprogramme und Angebote und endet auch nicht im Alter und bei Pflegebedürftigkeit.
- stärkt die Verantwortung von Bürgerinnen und Bürger für ihre eigene Gesundheit und mobilisierte sie für eigene Beteiligung im sozialen Umfeld,

- nimmt das Wissen um die ungleiche Verteilung von gesundheitlichen Risiken und Chancen zum Ausgangspunkt
- setzt auf Möglichkeiten, mehr Kompetenzen zu entwickeln sowie auf die Verbindung von professionellem und ehrenamtlichem/ Laien-Engagement.
- formuliert eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe, die über die bisherige Gesundheitspolitik, die Politik der Institutionen und Verbände des Gesundheitswesens hinausgeht.
- stellt das Zusammenwirken von Menschen vor Ort in den Mittelpunkt: alle erfolgreichen Präventions- oder Gesundheitsförderungsprogramme haben ihr Zentrum im kommunalen Raum. Hier müssen sich Programme bewähren.

Damit handelt es sich um eine zentrale Zukunftsaufgabe der Kommunalpolitik, dem klassischen Feld sozialdemokratischer Politik.

Die Gesundheitsberichterstattung muss intensiviert und koordiniert werden und den Akteuren in Präventionsmaßnahmen auf der kommunalen, regionalen und nationalen Ebene zeitnah zur Verfügung stehen. Valide Gesundheitsdaten sind die Grundbedingung für angemessene Gesundheitsziele, eine sinnvolle Priorisierung von Präventionsstrategien und damit auch eines zielführenden Einsatzes knapper Ressourcen. Im Rahmen der GBE sollte eine Art Monitoring eingeführt werden, das die Verantwortlichen vor Ort auf auffällige Gesundheitsdefizite hinweist und entsprechende präventive Interventionen anregt. Die Veränderung i.w.S. epidemiologischer Daten ist nicht zuletzt zur Evaluation und zur Qualitätssicherung von Präventionsmaßnahmen unabdingbar.

Die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen drängt darauf, dass die Vereinbarung des Koalitionsvertrages der großen Koalition für eine eigene Präventionsgesetzgebung zügig und umfassend umgesetzt wird. Mit den folgenden Eckpunkten wollen wir unseren Beitrag zum Erfolg dieses Vorhabens leisten.

1. Herausforderung Präventionsgesetzgebung

Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten, die im Gesundheitswesen arbeiteten, aber auch Gewerkschafter, die sich mit Arbeitsschutz und gesundheitlichen Fragen beschäftigten, wussten schon vor hundert Jahren, dass es vor allem die gesellschaftlichen Verhältnisse sind, die Gesundheitschancen bestimmen. Standen damals vor allem Fragen von öffentlicher Hygiene, ausreichender Ernährung und körperlich belastender Arbeit im Vordergrund, so treten heute neben die immer noch vorrangige Rolle von Armut und sozialer Ausgrenzung Phänomene der psychischen Überlastung und Überforderung durch Arbeit und Familie. Die Aussicht, gesund zu bleiben, ist in unserer Gesellschaft sehr unterschiedlich verteilt: Arme Menschen leben über zehn Jahre kürzer als reiche Menschen. Einkommen, sozialer Status und Bildung sind die wichtigsten Prädiktoren für Gesundheit, gesunde Lebensjahre und Lebenserwartung. Zugleich kann es in einer Gesellschaft des Wettbewerbs und der individualisierten Verantwortung nicht verwundern, wenn Depressionen, Suchtkrankheiten und ihre körperlichen Folgen zur Massenepidemie werden.

Die soziale Ungleichverteilung von Gesundheitschancen hat viele Gründe. Für arme Menschen bestehen höhere Belastungen und Risiken, insbesondere am Arbeitsplatz, häufig in

prekären oder unsicheren Beschäftigungsverhältnissen oder bei Arbeitslosigkeit. Hinzu kommen deutlich höhere Umweltrisiken, Umweltgifte in billigen Wohnquartieren, z. B. Formaldehyd und Weichmacher und durch Wohnen an verkehrsreichen Straßen Belastungen mit Feinstaub und Lärm. Höheren Lebensrisiken stehen geringere Ressourcen gegenüber, die ungesündere Verhaltensweisen (Ernährung, Rauchen, Alkohol) als Pseudokompensationen wahrscheinlicher machen. Geringere Bildung und weniger Gesundheitswissen verschlechtern die Chancen auf gesundheitsförderliches Verhalten, und ein geringes Einkommen, weniger Selbstbewusstsein und anderweitig fehlende Handlungsalternativen machen als richtig erkanntes Verhalten in der Praxis undurchführbar.

Das soziale Dilemma der Prävention liegt darin, dass diejenigen Gruppen und Schichten der Bevölkerung, die das größte Risiko tragen, zu erkranken, eine Behinderung zu erfahren oder vorzeitig zu sterben, zugleich über die geringsten Einkommen, den geringsten Bildungsstand und die geringsten Gestaltungsmöglichkeiten verfügen, und dass sie zudem Präventionsangebote bisher immer noch nur unterdurchschnittlich nutzen.

Ziel der Präventionsgesetzgebung muss deshalb insbesondere die Verbesserung der Gesundheitschancen sozial benachteiligter Menschen auf die heute mögliche Gesundheit, Lebensdauer und Lebensqualität sein. Es geht um die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen und um Hilfe, mit den gesundheitlichen Herausforderungen unserer Lebens- und Arbeitsbedingungen umzugehen. Es gilt, Gestaltungsmöglichkeiten in den Lebenswelten zu erhöhen. Darüber hinaus wollen wir, dass auch andere gesundheitliche Benachteiligungen wie z. B. die besondere Belastung von Menschen mit Migrationshintergrund, eine angemessene Rolle spielen. Präventive Maßnahmen und Konzepte müssen Frauen und Männer und die unterschiedlichen Lebensalter gezielt und differenziert ansprechen.

Entsprechend dem sozialdemokratischen Konzept eines vorsorgenden Sozialstaates halten wir gesundheitliche Prävention für eine Aufgabe, die in allen Politikbereichen Handlungs- und Entscheidungsleitend beachtet werden muss. Prävention ist vor allem eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Der überwiegende Teil präventiver Ausgaben im weiteren Sinne wird in Deutschland öffentlich finanziert (z.B. über Jugendhilfe, ÖGD, Schulträger, Altenhilfe, Suchtprävention usw., auch wenn es dazu keine umfassenden Darstellungen gibt). Bund und Länder müssen sich auch künftig finanziell beteiligen und vor allem Prävention als Querschnittsaufgabe betrachten. Mit der Präventionsgesetzgebung müssen alle Sozialversicherungsträger (Gesetzliche Krankenversicherung, Renten-, Arbeitslosen- und die Unfallversicherungen), die privaten Kranken- und Lebensversicherungen, die Bundesagentur für Arbeit und die Körperschaften öffentlichen Rechts und Arbeitgeber ihren Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit für alle leisten. Unser Ziel ist eine gerechte Lastenverteilung dieser Aufgabe.

2. Inhaltliche Eckpunkte für eine Präventionsgesetzgebung

Formulierung von Gesundheitszielen

Voraussetzung einer zielgerichteten und überprüfbaren Prävention ist die Formulierung entsprechender, realistischer Gesundheitsziele. Wir fordern die Festlegung und Fortschreibung

bundes- und damit konsistenter landesweiter Wirkungs- und Leistungsziele für Prävention und Gesundheitsförderung in einem Rhythmus von mindestens drei Jahren. Diese Ziele stellen den verbindlichen Rahmen für die fachliche Arbeit und die Verwendung von Mitteln aus der Präventionsgesetzgebung auf allen staatlichen Ebenen dar. Zielformulierung und Zielfortschreibung ist die Aufgabe gesetzlich vorgeschriebener nationaler und landesweiter Gesundheitskonferenzen, denen neben Fachexpertinnen und -experten insbesondere die politisch Verantwortlichen, die Sozialpartner, alle Sozialversicherungsträger, öffentliche Körperschaften und Patienten- und Betroffenenverbände angehören sollen. Die Ziele ergänzen als dynamisches Steuerungsinstrument Qualitätsstandards und normative Regelungen der Länder.

Bekämpfung Gesundheitlicher Ungleichheiten

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass das individuelle Verhalten nur 25% bis 35% der gesundheitlichen Unterschiede erklären kann. Bildung, Berufsstatus und Einkommen können dagegen 40-50% der Unterschiede erklären – und dabei sind Unterschiede im Gesundheitsverhalten bereits heraus gerechnet (van Lenthe et al. 2004).

Die gegenwärtige Debatte konzentriert sich auf das Verhalten und macht damit ausschließlich das Individuum für seine Gesundheit verantwortlich. Dass arme Menschen eher sterben, wird mit ihrem ungesunden Lebenswandel erklärt. Die Statistik zeigt ein sehr gemischtes Bild. In der oberen Bildungsschicht wird am wenigsten geraucht, dagegen liegt sie beim Alkoholkonsum deutlich vorne, nur 11% trinken so gut wie nie Alkohol, bei der unteren Bildungsgruppe sind dies 32%.

Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Sport: Im Rahmen des Deutschen Alterssurveys gaben 42% der höheren Bildungsgruppen an, mehrmals die Woche Sport zu treiben, bei der niedrigen nur 15%. Dieses Bild dreht sich aber komplett, wenn nach körperlicher Aktivität gefragt wird. Menschen aus der niedrigeren Bildungsschicht gehen häufiger körperlicher Arbeit nach oder arbeiten im Garten und im Haushalt.¹

Bestätigt wird die Hypothese einer überproportionalen Belastung der bildungsferneren Schichten beim Übergewicht. Neuere Studien zeigen, dass Übergewicht zwar auch genetische Ursachen hat, aber die Grundlage für Übergewicht vor allem im Alter von 2-6 Jahren als Ernährungsstil gelegt wird. Alle Beeinflussungsstrategien müssen also in diesem Alter in den Familien ansetzen. Schichtarbeit ist ein wichtiger Risikofaktor für Übergewicht, der insbesondere Geringverdiener trifft. Hier zeigt sich bereits die Schnittstelle zu den Verhältnissen. Neben Bildung, Einkommen und beruflichem Status zählen dazu u.a. auch die Wohnverhältnisse, Verkehrsmittel, Möglichkeiten für Erholungsurlaub und Umweltbedingungen. Menschen, die an stark befahrenen Straßen wohnen haben ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen und sogar Diabetes (RKI, Umwelt und Gesundheit, 2009)

¹ Heusinger, Josefine; Wolter, Birgit (2011): Die jungen Alten. Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren. Aufl. 1.5.11.11. Köln: BZgA.
Die Zahlen sind nicht ganz vergleichbar, da der Deutsche Alterssurvey Menschen zwischen 50 und 69 befragt und das RKI 45-64 wählte.

Neben diesen Belastungen ist die Gesundheit von der Widerstandskraft und den Ressourcen des Einzelnen abhängig. Aber nicht nur die Belastungen durch körperliche Arbeit und unsichere Jobs sind ungleich verteilt, sondern auch die Widerstandskraft ist es. Ärmere Menschen verfügen meist über eine geringere Bildung und weniger soziale Kontakte, aber auch über geringere Ressourcen finanzieller u.a. Art, um sich private Investitionen in Gesundheitserhaltung leisten zu können.

Studien zeigen, dass die Effekte von Einkommensarmut bei Männern und Frauen unterschiedlich wirken. So leiden Frauen vor allem unter den psychischen Belastungen ständiger finanzieller Knappheit. Gleichzeitig haben sie schwächere soziale Netze als Wohlhabende, die dies auffangen könnten. Die geringere Lebenserwartung von armen Männern werden dagegen durch körperlich belastende Arbeit und geringe Bildung erklärt (Kroh et al. 2012).

Im Ergebnis führen diese Unterschiede in gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen sowie in den Lebensumwelten und Lebensstilen zu den Unterschieden im Gesundheitsstatus und in der Lebenserwartung. Männer im unteren Einkommensfünftel leben im Durchschnitt 11 Jahre kürzer als Wohlhabende. Für Frauen beträgt der Unterschied 8 Jahre. Arme Menschen haben aber nicht nur weniger Lebensjahre zu erwarten, sondern vor allem weniger gesunde Lebensjahre. Chronische Erkrankungen werden bei ihnen drei Jahre eher behandlungsbedürftig². Die Krankheitslast ist auch ungleich verteilt. Arme Menschen erwartet nicht nur ein kürzeres Leben, sondern auch weniger Jahre in guter Gesundheit. Bei den chronischen Erkrankungen zeigt sich ein klarer Sozialgradient.

Daraus ergibt sich, dass insbesondere für sozial Benachteiligte Maßnahmen zur Steigerung der gesundheitlichen Ressourcen gefördert werden müssen, denn diese Menschen I waren und sind im Laufe ihres Lebens mehr Belastungen ausgesetzt, die sie kompensieren müssen. Im Moment ist genau das Gegenteil der Fall: gesundheitliche Prävention wird privatisiert und kommt damit nur noch den Wohlhabenden zugute. Vorsorgekuren und Mutter- Kind-Kuren gewähren die Krankenkassen sehr restriktiv. Stattdessen bieten die Kurorte nun „Wellness-Urlaub“ an. Auch Fitnessstudios schwimmen auf der Gesundheitswelle mit.

Die wichtigste Maßnahme zur Prävention und zur Beseitigung ungleicher Gesundheitschancen ist die Beseitigung sozialer Ungleichheit.

Sozialdemokratische Politik für mehr soziale Gerechtigkeit, wirtschaftlichen Ausgleich und soziale Integration für alle, gerechte Bildungschancen, Teilhabe am Arbeitsmarkt und gute Arbeit sind deshalb die wichtigsten Schritte für gesundheitliche Prävention.

Eine umfassende Präventionspolitik baut auf den Strategien der WHO (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986) auf, kann heute vielfach auf gesicherte Erkenntnisse zurückgreifen und muss das Rad nicht in jeder Stadt neu erfinden.

² Robert-Koch-Institut (2009): 20 Jahre nach dem Fall der Mauer. Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

- WHO Europe :Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986;
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1

In der gegenwärtigen Diskussion wird zu Unrecht überwiegend auf Verhaltensprävention gesetzt. Menschen sollen ihr Verhalten in Richtung auf gesundheitsbezogenes Verhalten ändern. („Blaming the victim“) Das ist weder angemessen noch erfolgreich.

Verhältnisprävention

Verhältnisprävention bedeutet, in allen Lebens- und Politikbereichen die gesundheitlichen Auswirkungen zu berücksichtigen. Dazu gehören Maßnahmen des Umweltschutzes, der Verkehrsgestaltung, Städtebau und Wohnumfeldgestaltung (arme Kinder sterben deutlich häufiger an Verkehrsunfällen auf Grund eines Wohnquartiers mit hoher Verkehrsdichte), des Arbeitsrechts und des betrieblichen Arbeitsschutzes, des Lebensmittelrechts (z. B. Ernährungssampel auf Lebensmitteln, Schadstoffbeurteilung, Zusammensetzung), des Verbraucherschutzes oder strengerer Verhaltensregeln für die Werbewirtschaft. Suchtgefahren der großen Volksseuchen Alkoholmissbrauch und Nikotinsucht können unter anderem durch konsequente Zugangsbeschränkungen eingeschränkt werden. Allerdings sprengt der dringend notwendige, umfangreiche Handlungsbedarf in der Verhältnisprävention die Zuständigkeit eines Präventionsgesetzes.

Erste Maßnahme im Rahmen einer Präventionsgesetzgebung muss deshalb die systematische Gesundheitsfolgenabschätzung in allen Politikbereichen sein. Zu regeln wäre, dass in allen Gesetz- und Verordnungsgebungsvorhaben, aber auch bei gestaltenden Vorhaben, eine Prüfung im Hinblick auf gesundheitsförderliche und gesundheitsschädliche Wirkungen erfolgen muss. In den Nachbarländern ist dieser „Health in all policies“ Ansatz bereits weit verbreitet. Wie bei der Umweltverträglichkeitsprüfung müssen alle Gesetzesvorhaben auf ihre Auswirkungen auf die Gesundheit geprüft werden. Effekte werden vor allem in der Sozialpolitik, der Bildungspolitik, der Verkehrs- und der Wohnungspolitik erwartet.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Rahmenbedingungen, die neben einer Präventionsgesetzgebung auch kurzfristig gesetzlich geregelt werden können, wie zum Beispiel:

- Regeln der Verbraucherinformation:
 - o z. B. weitergehende und einfache Kennzeichnung von Nahrungsmitteln nach gesundheitlicher Wirkung („Ampel“)
 - o z. B. Werbeverbote für ungesunde Nahrungsmittel, z. B. Alkoholika
- Zugangsbegrenzung zu gesundheitsschädlichen Substanzen wie z. B. Alkoholverkaufszeiten und Orte
- Jugendschutz stärken
- Verbesserungen im Arbeitsschutz
 - o z. B. Regelungen zur Vermeidung chronischer Überforderung und ständiger Verfügbarkeit
 - o z. B. Vorgaben zur Kontrollintensität der Aufsichtsbehörden
- Regelungen zur Verbesserung des Lärmschutzes und der Nachtruhe

Verhaltensprävention

Verhaltenspräventionsmaßnahmen zielen darauf ab, das Verhalten der Menschen im Sinne der Prävention zu verändern, zum Beispiel durch Aufgeben des Zigarettenrauchens. In der gegenwärtigen öffentlichen Debatte wird überwiegend auf Verhaltensprävention gesetzt. Menschen sollen ihr Verhalten auf der Grundlage von Aufklärungskampagnen und Wissens-

vermittlung in Richtung auf gesundheitsbezogenes Verhalten ändern. Allerdings sind solche Ansätze nur sehr bedingt erfolgreich. Die Stärkung der Widerstandskräfte sollte deshalb Hauptziel der Präventionsaktivitäten der Krankenkassen werden. Alle Angebote müssen vor allem sozial in ihrem Wohnumfeld erreichen. Mitnahmeeffekte sind zu vermeiden.

Allgemein bekannt ist, dass übermäßiger Alkoholkonsum, starkes Rauchen und mit Fehlernährung einhergehende Fettleibigkeit zu den größten Gesundheitsrisiken überhaupt gehören. Zudem führen diese Faktoren bei vielen Menschen zu einem erheblichen Verlust an Lebensqualität in den letzten Lebensjahrzehnten. Ob Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, Lungenkrebs oder Leberzirrhose – diese Krankheiten sind langwierig und mit erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität verbunden. Dennoch gelingen Verhaltensänderung nur in sehr begrenztem Umfang.

Ca. achtzig Prozent der persönlichen Verhaltensweisen mit Auswirkungen auf die zukünftige Gesundheit sind sogenannte Lebensgewohnheiten oder Lifestyles. Sie sind fest gefügte Gewohnheitenmuster, die sehr früh in den ersten 3 – 5 Lebensjahren erworben werden und sehr änderungsresistent sind. Gründe dafür können in ihrem frühen Erwerb in der individuellen Entwicklung, aber auch in einer festen sozialen Verankerung gesehen werden. Die Saat hierfür wird oftmals schon durch Verhaltensprägungen in Kindheit und Jugend gelegt – durch gute Vorbilder oder aber auch mangelndes Wissen um gesundheitsförderliches Verhalten im sozialen Umfeld. Es ist außerordentlich schwierig, erwachsene Menschen zur Änderung von Verhaltensweisen zu bewegen, die sie seit ihrer Kindheit praktizieren oder eben nicht praktizieren – wie jeder aus eigener Lebenserfahrung bestätigen kann. Das gilt selbst für einfachste Verhaltensweisen. Gerade der Familie mit ihren Schutz- und Vorbildfunktionen, mit zunehmendem Kindesalter ergänzt um Wissensvermittlung und Bewusstseinsbildung kommt daher eine wichtige Rolle zu.

Wir fordern, bei der Gesundheitsförderung einen Schwerpunkt auf Kinder und Jugendliche und ihre Familien zu setzen. Damit werden die Settings Familie, KiTa, Schule, Quartiersarbeit und Peergroups angesprochen.

Verhaltensprävention hört nicht mit der Schulzeit auf. Das Berufsleben bringt jeweils eigene Risiken mit sich, sei es die Gefährdung durch Unfälle, verhaltensbedingte Berufskrankheiten oder andauernden Bewegungsmangel. Viele der klassischen Arbeitsplatzrisiken (Verletzung, Staub, Hitze, Chemie) sind geringer geworden, dafür fehlt eine Erfassung der vielfältigen Risiken während unsteter Beschäftigungsverhältnisse und Belastungen. Über alle Altersgruppen hinweg ist zudem die psychische Gesundheit in den Blick zu nehmen. Es gilt, Menschen aller Altersgruppen beim Aufbau individueller Schutzfaktoren zu unterstützen.

Wir fordern den Ausbau befähigender Ansätze der Verhaltensprävention, welche den einzelnen Menschen mit den notwendigen Schutzfaktoren und Verhaltensmustern für gesundes Aufwachsen und gesundes Leben ausstatten. Unser Verständnis von Verhaltensprävention besteht nicht darin, in paternalistischer Form unerwünschtes Verhalten staatlicherseits zu sanktionieren. Verhaltensprävention mit dem erhobenen Zeigefinger stigmatisiert und mündet in Diskussionen um unangepasstes Verhalten und selbstverschuldete Erkrankungen.

Wirkungsvolle Verhaltensprävention muss die unterschiedlichen Lernmuster von Menschen berücksichtigen: alters-, lebensweltabhängig und milieuspezifisch. Kognitiv ansprechbare Menschen lassen sich über explizite Bildungs- und Informationsangebote erreichen. In vielen

Fällen wirkungsvoller sind jedoch Settingansätze, welche direkt die Lebenswelt der Menschen verändern und hierüber Erfahrungswissen vermitteln, welches dann fest im Alltag verankert ist.

Einige Beispiele mögen dies verdeutlichen:

- Ein Kind, welches im Kindergarten gemeinsam mit anderen Gemüsedips und –sticks produzieren darf, wird wesentlich öfter gesund essen als eines, dem der Spinat mit dem Löffel eingetrichtert wurde. Lädt dann das gemüseschnippelnde Kind noch seine Eltern zum KiTa Fest oder Schulfest ein, lässt sich das Setting Familie direkt beeinflussen.
- Gleiches gilt für Jugendliche. Gelernt wird im Sportverein meist, dass Bier und Alkohol zum Fußball gehören. Ein multikulturelles Stadtteilturnier, in dem nach Abpfiff die Spielführer in die jeweilige Landesküche einführen, setzt andere Schwerpunkte und Vorbilder.

Dagegen haben sich aufklärende und belehrende Ansätze durch Kampagnen in der Regel als sehr aufwändig und wenig erfolgreich erwiesen. So bleibt beispielsweise bei der Bekämpfung des Übergewichts zu fragen, wie und warum Informationen über den Ernährungsbedarf die Essbedürfnisse der Menschen beeinflussen sollten. Die Diskrepanz zwischen Nährstoffbedarf und Essbedürfnissen, die die Grundlage aller Ernährungsstörungen bildet, kann allein verringert werden, wenn die Essbedürfnisse modifiziert werden. Die Information über ernährungsphysiologische Bedarfsparameter hat offenbar wenig (oder keinen) Einfluss auf Essbedürfnisse. Wenn Hunger nicht das Problem ist, ist Essen nicht die Lösung – dieser Zusammenhang, d.h. die psychischen Ursachen einer übermäßigen Kalorienaufnahme müssen in vielen Fällen den Menschen erst einmal verdeutlicht werden.

Erfolgreiche Präventionsstrategien in diesem Bereich dürfen nicht nur rationale und kognitive Ansätze verfolgen, sondern müssen auch und vor allem die Adressaten emotional ansprechen. Gesundes Verhalten muss Spaß machen und cool sein. Statt Verbote und Zwänge sollte der Eventcharakter und der Spaßfaktor im Vordergrund stehen.

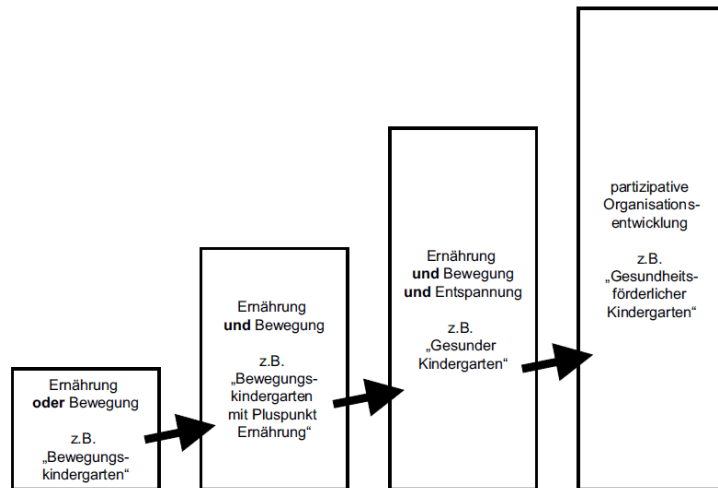
Settingansatz – Grundsätzliches

Nachhaltige Etablierung gesundheitsbewusster und präventiver Verhaltensmuster gelingt am ehesten dann, wenn diese praktisch erfahren und gelebt werden. Bei Kindern und Jugendlichen steht dabei die Erstprägung im Elternhaus, sowie Krippen, Tagesbetreuung und Schulen im Vordergrund, später dann die wesentlich schwierigere nachträgliche Veränderung bereits eingeübter bzw. vom sozialen Umfeld beförderter Verhaltensweisen.

Ein Setting ist ein durch formale Organisation und/oder regionale Situation und/oder gleiche Lebenslage und/oder gemeinsame Werte/Präferenzen definierter Sozialzusammenhang. Der Settingansatz besteht darin, diese alltäglichen Lebenswelten der Menschen und das, was darin geschieht, gesundheitsfördernd auszugestalten, sozusagen Verhältnis- und Verhaltensprävention aus einer Hand. Er setzt damit nicht auf den Umweg über Lerneinheiten, die von der Lebenswelt losgelöst sind und damit erhebliche Transferleistungen des/der Einzelnen voraussetzen, um Wirkung zu entfalten. Ferner wird auf eigene positive Erfahrungen gesetzt im Unterschied zu Präventionsansätzen, welche auf Abschreckung oder Verbote setzen.

Setting-bezogene Ansätze machen dann Sinn, wenn sie aufeinander bezogen und in den Kernaussagen (Stärkung elterlicher Kompetenzen) kongruent sind. Das hat der SVR in seinem Sondergutachten 2009 deutlich gemacht.

Schwerpunktverlagerung zu Multi-Issue-Interventionen



Quelle: SVR Sondergutachten 2009, A b b i l d u n g 17 , S. 126³

Setting Familie

In der Familie findet durch Alltagserfahrung im frühkindlichen Alter die Erstprägung bezüglich Ernährungs-, Bewegungs- und Hygienegewohnheiten statt. Hier erleben Kinder und Jugendliche einen verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtmitteln oder auch nicht. Familie stärkt bei Heranwachsenden und Pubertierenden die Ressourcen zur Stressbewältigung sowie den verantwortungsbewussten Umgang mit dem eigenen Körper. Sie trägt zudem Verantwortung für die medizinische Versorgung und die Wahrnehmung von Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen in allen Altersgruppen.

Familien sind gerade in der vorgeburtlichen Phase und in der frühen Kindheit mit ihren sichtbaren rasanten Entwicklungsschüben meist besonders empfänglich für Anregungen im Umgang mit ihrem (künftigen) Nachwuchs. Dies ist zugleich die Lebensphase entscheidender Frühprägungen. In diesem Zeitfenster gilt es, gesundheitsfördernde Handlungsoptionen zu eröffnen und Handlungssicherheit zu vermitteln. Dies umfasst Wissen zum Stillen und zu gesunder Baby- und Kleinkinderkost ebenso wie Hilfestellungen bei der Säuglingshygiene und der Bewegungsförderung.

Wir fordern daher die Etablierung eines möglichst flächendeckenden Unterstützungsnetzwerks für junge Familien. Der Ansatz soll in zugehender Arbeit mit den Familien unter Nutzung der bestehenden Angebote des Sozial- und Gesundheitswesens bestehen. Ehrenamtliche Familienpaten, Familienhebammen sowie Netzwerke gesunde Kinder sind wichtige, bereits heute bestehende Bausteine eines solchen Netzwerkes. Im Fokus dieser Netzwerke sollten Familien mit Kindern im Alter von 0 – 2 Jahre stehen. Hauptamtliche und Freiwillige

³*Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009, Wiesbaden 2009; Deutscher Bundestag Drucksache 16/13770

sind gleichermaßen mit Handlungswissen zur Unterstützung eines gesundheitsfördernden Settings Familie auszustatten.

Forderungen für die Präventionsgesetzgebung:

- Etablierung eines flächendeckenden Angebots an frühen aufsuchenden Hilfen (z. B. Familienhebamme) in kooperativer Finanzierung mit Kommunen mit besonderen Schwerpunkten für Alleinerziehende und in sozialen Brennpunkten
- Rechtsanspruch auf „Elternschule“ im Rahmen der Geburtsvorbereitung und in regelmäßigen Abständen entsprechend kindlicher Entwicklungsstufen

Setting Betreuung / Kita und Jugendhilfe

Betreuungseinrichtungen ebenso wie Haushalte von Tagespflegepersonen sind Orte, in denen soziales Lernen ganz wesentlich im Vordergrund steht. Dieses kann für die Prävention genutzt werden. Gemeinsame Aktivitäten vom Zähneputzen bis zum gemeinschaftlichen Kochen oder der Miniolympiade prägen weit über die Betreuungszeit hinaus das Verhalten der Kinder. Die aktive Einbindung von Familien in die Gestaltung der Betreuung verknüpft zudem Gesundheitsförderung in den Settings Familie und Betreuung.

Wir fordern daher, Gesundheitsförderung als verbindliches und explizites Qualitätsmerkmal von Betreuungskonzeptionen zur Förderung des Kindeswohls zu etablieren. Betriebsgenehmigungen sind damit nur zulässig, wenn entsprechende Landesstandards zur Gesundheitsförderung für die Betreuung von Kindern in Einrichtungen eingehalten werden.

Wir fordern, dass über Kinderärzte/Kinderarztpraxen gezielt Angebote der Gesundheitsförderung insbesondere an jene Eltern vermittelt werden, deren Kinder nicht oder nicht regelmäßig Betreuungsangebote wahrnehmen. Die Kommunen und Krankenkassen sollen gemeinsam mit örtlichen Trägern der Jugendhilfe darauf hinwirken, dass entsprechende Regelangebote bereitgestellt werden.

Forderungen für die Präventionsgesetzgebung:

- Integration von Kenntnissen zur gesundheitlichen Prävention in die Ausbildung aller Betreuungspersonen
- Verbindliche Standards für die Ernährungsangebote in Kindertageseinrichtungen
- Überprüfung der Standards für Flächenvorhaltung für ausreichende Bewegung
- Regelmäßige Kooperation von Kindertagesstätten mit Kinderärzten zur Förderung von Prävention und Identifikation gesundheitlicher Herausforderungen
- Aufsuchende Unterstützungs- und Beratungsangebote für Bezieherinnen von Betreuungsgeld
- Gesundheitsförderung als verbindlicher Bestandteil der stationären und intensiver Formen der ambulanten Jugendhilfe, in Kostenträgerschaft der GKV.

Setting Quartiersarbeit

Quartiersarbeit gestaltet soziales Leben vielfach in Stadtteilen mit gesundheitlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Die Bedeutung von Gesundheitsförderung ist jedoch noch stark ausbaufähig, wiewohl eine Vielzahl von Möglichkeiten über gemeinsame Aktivitäten der Quartiersbevölkerung bestehen: Stadtteulfeste, multikulturelle Müttertreffs, Street-Basketball seien beispielhaft benannt.

Wir fordern daher, Quartiersarbeit so auszurichten, dass sie für Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen attraktive Angebote mit Elementen der Gesundheitsförderung bereithält. Gesundheitsförderung muss verbindliches Merkmal in allen Konzeptionen der Quartiersarbeit werden.

Forderungen für die Präventionsgesetzgebung:

- Teilbudget zehn Prozent der Mittel für spezielle Förderprogramme für lokale Projekte in Kooperation mit Sozialarbeit / Gemeinwesenarbeit
- Gesundheitsförderung nach definierten und evaluierbaren Gesundheitszielen als verbindlicher Bestandteil des Programms Soziale Stadt

Setting Schule

Gesundheitsförderung findet in der Schule insbesondere über Bewegungsförderung, Unterstützung beim Umgang mit psychischen Belastungen sowie das Heranführen an die Verantwortung für den eigenen Körper (Drogen, Sexualkunde) statt. Auch und gerade beim neu zu erlernenden Umgang mit dem eigenen Körper kann Familie weiterhin eine gewichtige Rolle spielen. Erforderlich ist daher eine verbindliche Kooperation mit Ärzteschaft und Polizei zur Entwicklung eines Risikobewusstseins bei Eltern und Jugendlichen.

Zunehmende Bedeutung erlangt durch den Ausbau der Ganztagschule auch die Qualität der Gemeinschaftsverpflegung sowie angemessenen Möglichkeiten für Sport und Bewegung. Unverzichtbar ist die verstärkte Einbindung der Sportvereine, Fitnessanbieter und Landfrauenverbände in die Gestaltung der Ganztagschule.

Die Mitarbeit in der Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung muss Leistung der gesetzlichen Krankenkassen sein. Eine schulärztliche Versorgung wird Bestandteil des ambulanten Versorgungsauftrags und ist von der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen der Sicherstellung aus dem zur Verfügung gestellten Budget zu gewährleisten

Forderungen für die Präventionsgesetzgebung:

- Angebote zur Stressbewältigung/zum Umgang mit psychischen Belastungen sowie zur Suchtprävention in allen weiterbildenden Schulen.
- Flächendeckende Einführung eines Schularzt/Schulschwesterangebots im Rahmen der Sicherstellung
- Ausreichendes Sport- und Bewegungsangebot in Schulen und als Förderschwerpunkt für die außerschulische Bildungsarbeit
- Gemeinschaftsverpflegung in Schulen entsprechend ernährungswissenschaftlicher Standards
- Schulfach Gesundheitsbildung

Setting Peergroups

Mit zunehmendem Alter werden Peergroups für viele Jugendliche prägender als das Elternhaus. Auf dem Wege der Verselbstständigung junger Menschen spielen solche Gruppen eine zentrale Rolle. Achtsamkeit gegenüber dem eigenen Körper sowie das Lernen des Umganges mit Suchtmitteln, stehen als gesundheitliche Themen in diesen Gruppen im Vordergrund. Diese sind eng verknüpft mit der Entwicklung der eigenen Identität und Persönlichkeit.

Wir fordern daher, eine systematische Zusammenarbeit von (offener) Jugendarbeit und relevanten medizinischen Disziplinen (Suchtberatung, Kinder- und Jugendmedizin) bei der Entwicklung von Angeboten für Peergroups – im Quartier, im Jugendhaus oder auch in der schulischen Umgebung. Die Kommunen und freie Träger sind gefordert diese Verzahnung systematisch voranzutreiben.

Forderungen für die Präventionsgesetzgebung:

- Ausreichendes Sport- und Bewegungsangebot in Schulen und als Förderschwerpunkt für die außerschulische Bildungsarbeit
- Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung als verbindlicher Bestandteil der ambulanten Jugendhilfe.

Setting Betrieb

Der Arbeitsschutz und die Veränderung der Arbeitswelt haben einen großen Anteil an der gestiegenen Lebenserwartung. Tödliche Arbeitsunfälle kommen heute kaum noch vor. Dafür nimmt die psychische Belastung im Job immer mehr zu. Arbeitsverdichtung, Jobunsicherheit und Mobbing machen krank. Trotz des besseren Arbeitsschutzes gibt es eine steigende Zahl von Erwerbsminderungsrenten, darunter immer mehr aus psychischen Gründen. Ein zentraler Faktor ist die Führung. Chefs, die die Abteilung wechseln, nehmen den Krankenstand mit. Die erfolgreichsten Präventionsprojekte der Krankenkassen setzen daher auch dort an: in betrieblichen Gesundheitszirkeln erarbeiten Mitarbeiter selbst Strategien, wie sie ihre Arbeit anders organisieren können um den Stress zu verringern.

In Zukunft soll im Rahmen des Arbeitsschutzes auch die psychische Belastung eines Arbeitsplatzes geprüft werden.

Forderungen für die Präventionsgesetzgebung:

- Fördermöglichkeit für das Setting Betrieb als Anschubfinanzierung (wegen hoher Rentabilität für Unternehmen als Projektförderung)
- Beteiligung der Gesetzlichen Unfallversicherung an den Kosten betrieblich mit verursachter psychischer Erkrankungen
- Regelungen zur Intensität der Überwachung durch Arbeitsschutzbehörden

Setting Ältere

Senioren können nicht nur ihre Gesundheit erhalten, sondern sogar durch gezielte Maßnahmen gesünder werden. Dadurch können gesundheitliche Folgen chronischer Erkrankungen wie Diabetes oder Bluthochdruck abgemildert werden und Pflegebedürftigkeit hinausgeschoben werden. Der Übergang zwischen Prävention und Rehabilitation ist bei Älteren fließend, deshalb sind hier Kursangebote besonders wirkungsvoll. Diese stärken auch die soziale Integration, eine wichtige Ressource für Gesundheit.

Forderungen für die Präventionsgesetzgebung:

- Rechtsanspruch auf einen „Präventiven Hausbesuch“ durch entsprechend geeignete und qualifizierte Fachkräfte als Pflichtleistung aller Kassen
- Gezielte Förderung von Gesundheitsbewusstsein und der Teilnahme an Präventionsangeboten im Übergang in die Altersversorgung
- Förderung von Seniorenangeboten in Sportvereinen etc.

- Schwerpunkt Gesundheit, Ernährung und Bewegung für Senioren in sozial benachteiligten Quartieren

Früherkennung und Vorsorge

Gesundheitsprävention ist hauptsächlich eine soziale, keine medizinische Aufgabe. Der zentrale Beitrag des Gesundheitssystems sind Impfungen, diese können Krankheiten verhindern. Früherkennungsuntersuchungen werden häufig auch unter Prävention gefasst. Eine Studie der Bertelsmann-Stiftung zeigt, dass ein großer Teil der eingeladenen Frauen irrtümlich glaubt, dass das Mammografie-Screening Brustkrebs verhindert. Einige Früherkennungsmaßnahmen sind auch wissenschaftlich umstritten und müssen als sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen selbst bezahlt werden. Hier entsteht ein Markt auf Kosten der Angst der Menschen.

Gute, evidenzbasierte Vorsorgeuntersuchungen sind ein wichtiger Teil der Gesundheitsversorgung. Der Auftrag der Krankenkassen zur Prävention ist damit aber nicht erfüllt.

Zur Vorsorge gehören insbesondere auch die Impfungen. Auch wenn in der frühen Kindheit mit hohem, aber schon im Kindertagesstättenalter mit abnehmender Rate geimpft wird, sind spätestens im Erwachsenenalter vollständige Impfungen die Ausnahme. Angesichts hoher Effizienz und risikoarmer Anwendung muss eine flächendeckende Impfung aller Altersgruppen angestrebt werden.

Forderungen für die Präventionsgesetzgebung:

- Einladungs- und Erinnerungssystem zu den empfohlenen Impfungen für alle Altersgruppen. Für einzelne Indikationen sollte die Frage einer Impfpflicht überprüft werden.
- Bei Kinder Aufnahme in öffentlichen Bildungs- und Betreuungseinrichtungen nur bei vollständiger Impfung oder ausdrücklicher Ablehnungserklärung. Nachimpfungen in öffentlichen Einrichtungen als Regelangebot.
- Klare Regeln für die Beratung von Patientinnen und Patienten im Hinblick auf Vorsorge und Früherkennungsmaßnahmen.
- Einsatz von Testpatienten zur Prüfung der angemessenen Beratung und wahrheitsgemäßen Aufklärung.

3. Organisation, Aufgabenverteilung und Finanzierung

Die öffentliche Hand bringt auf der kommunalen Ebene bereits heute im Bereich der Prävention nennenswerte Mittel auf (z.B. über Jugendhilfe, ÖGD, Schulträger, Altenhilfe, Suchtprävention usw.) Es ist daher notwendig und angemessen, wenn die Sozialversicherungen, private Kranken- und Lebensversicherung sowie die Arbeitgeber über eine Modernisierung der Leistungspflichten der gesetzlichen Unfallversicherung und die Bundesanstalt für Arbeit den gemeinsamen Präventionstopf mit auffüllen. Zusätzlich sollen sich Bund und Länder nennenswert beteiligen.

Angesichts der umfangreichen Aufgabe sollten die Mittel über die heutigen 2,56 Euro pro Versicherten und Jahr deutlich aufgestockt werden. Eine Zielmarke von 10 Euro pro Kopf der Bevölkerung erscheint für den Anfang erstrebenswert.

Mittel aus der Präventionsgesetzgebung stehen vorrangig für Maßnahmen der Verhaltensprävention zur Verfügung. Verhältnisprävention kann über die vorgesehene Gesundheitsfolgenabschätzung sowie über die Thematisierung notwendiger Verhältnisänderung in lokalen Netzwerken angestoßen und in der Folge koordiniert und qualifiziert werden. Für die vielfach notwendigen investiven Ausgaben müssen andere private respektive öffentliche Mittel mobilisiert werden.

Strukturell findet Prävention im Settingansatz in lokalen oder regionalen Kooperationen und Strukturen statt. Angesichts der hohen Bedeutung der Integration anderer Träger sozialer Hilfen in moderne Settingkonzepte ist grundsätzlich die Beteiligung der Länder und / oder Kommunen in Maßnahmen und Projekte vorzusehen.

Bereits seit vielen Jahren unterstützen die Krankenkassen Maßnahmen der Prävention. Allerdings sind diese ausschließlich auf die eigenen Versicherten bezogen. Hier könnte sich allerdings der Wettbewerb unter den Krankenkassen als hinderlich erweisen, weil Krankenkassen mit solchen Maßnahmen möglicherweise die Mittel hauptsächlich zur Akquise gutverdienender Versicherter mit geringen Risiken einzusetzen – also Menschen zu gewinnen, die gesund sind und sich ohnehin gesundheitsbewusst verhalten. Deshalb sollen die Mittel aus der Präventionsgesetzgebung ganz überwiegend als zusammengeführte („gepoolte“) Mittel zusammengefasst werden. Dabei sind die entsprechenden Mittel zu gleichen Teilen über bundeslandbezogene Gremien an Projekte zu vergeben und als Budget an regionale und lokale Gesundheitsnetzwerke zuzuweisen.

Gesundheitsnetzwerke und Regionalverteilung

Regionale und lokale Gesundheitsnetzwerke sollen im Rahmen dieser strategischen Vorgaben (Gesundheitsziele) autonom im Einsatz regionaler / lokaler Präventionsbudgets sein. Die Höhe dieser Budgets bemisst sich an

- der Zahl der Haushalte mit Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren
- Daten zum Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren
- Sozio-ökonomischen Daten
- Wirksamkeit der Arbeit der Gesundheitsnetzwerke in den vergangenen drei Jahren

Der größeren Notwendigkeit respektive höheren Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen folgend, erhalten über die Anwendung eines derartigen Schlüssels Regionen mit hohen gesundheitliche Belastungen, sozialen Benachteiligungen und vielen Familien höhere Präventionsbudgets als besser gestellte und „ältere“ Regionen. Dies spiegelt zudem die erhöhte Schutzbedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen wieder.

Monitoring

Das Kriterium „Wirksamkeit der Arbeit“ zielt zum einen darauf ab, ein Eigeninteresse an Evaluationen/Monitoring zu fördern, zum anderen guter Präventionsarbeit keine Bestrafung fol-

gen zu lassen. Würde sich etwa die Zahngesundheit von Kindern aufgrund entsprechender Präventionsmaßnahmen bessern oder der Anteil übergewichtiger Kinder sinken, würde das Budget aufgrund eines verbesserten Gesundheitszustandes in den Folgejahren sinken – mit nachfolgend vermutlich gedämpfter Motivation, künftig gute Prävention zu leisten.

Ein Monitoring soll dafür sorgen, dass

- im Sinne eines Qualitätswettbewerbs gute Praxis identifiziert und verbreitet wird
- die Wirksamkeit der Netzwerkarbeit sichtbar wird
- die Fortentwicklung von Qualitätsstandards für die fachliche Arbeit gesichert wird

Vorhaben sollen grundsätzlich auf Dauer angelegt sein und durch regelmäßige Evaluation überprüft werden. Institutioneller Förderung ist Vorrang vor Projektförderungen einzuräumen, wenn Leistungen dauerhaft benötigt werden. Dies ist meist im Bereich der Verhaltensprävention der Fall. Ebenso ist ein dauerhafter finanzieller Beitrag zur Koordination und Qualifizierung der regionalen und lokalen Gesundheitsnetzwerke vorzusehen. Projektbezogene Förderung innovativer Modelle soll immer auf eine Dauerförderung nach positiver Evaluation angelegt sein.

Föderale Zuständigkeitenverteilung

Für die Umsetzung brauchen Bund und Länder Leiteinrichtungen, welche die Steuerung und Umsetzung der Präventionspolitik begleiten können. Diese fehlen heute weitgehend, soweit in Ansätzen vorhanden, sind sie unzureichend finanziert und unzureichend personal-fachlich ausgestattet.

Auf der Ebene des Bundes sollte die Zuständigkeit beim BMG und einer aufgewerteten BzGA für nationale Kampagnen liegen. Zu prüfen ist, ob zur Entwicklung und Beobachtung nationaler Gesundheitsziele ein spezialisiertes Institut einzurichten wäre. Einzurichten wäre ein Institut für die Entwicklung, Beobachtung und Qualifizierung der Netzwerkarbeit auf regionaler/kommunaler Ebene. Inhaltlich sollte in der Bundeszuständigkeit die Festlegung nationaler Gesundheitsziele und bundesweiter Programme liegen. Darüber hinaus erfolgt hier die Festlegung der finanziellen Grundlage und der Verteilungsschlüssel. Hier werden insbesondere Regeln für die Qualifizierung und ihre Umsetzung in Bildungs- und Studiengänge und Berufsordnungen festgelegt. Der Bund organisiert, vergibt und finanziert Forschungsaufträge für Grundlagen der Prävention. Außerdem wird hier die Implementierung, Evaluation, Qualitätssicherung und Evidenzbasierung von Präventionsstrategien festgesetzt.

Die Länder sind die zentrale Ebene für Rahmenorganisation und Umsetzung eines Settingorientierten Präventionsansatzes. Leiteinrichtung auf Landesebene sollen die Obersten Landesbehörden mit fachlicher Unterstützung der Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung und in Kooperation mit den Public Health Instituten der Hochschulen, so weit vorhanden. Sie legen Landesprogramme und regionale Ziele fest, sind zuständig für Forschung, Qualifizierung und Ausbildung und setzen die Qualitätssicherung um. Auf Landesebene erfolgt die Festlegung / Verteilung der finanziellen Mittel, die ganz überwiegend für Settingbezogene Ansätze auf kommunaler Ebene vorzusehen sind.

Die Kommunen sind die entscheidenden Umsetzungsorte, hier müssen alle Programme ihre Wirksamkeit beweisen. Dafür müssen die kommunalen Ebenen qualifiziert werden. Hier liegt

dann die Zuständigkeit bei entsprechend ausgestatteten Gesundheitsämtern. Der Kommunalaufsicht obliegt die entsprechende Vollzugskontrolle. Aufgabe der Gebietskörperschaften ist die Etablierung und der Erhalt der Netzwerke sowie deren administrative Unterstützung. Die Kommunen und kommunalen Gebietskörperschaften organisieren und koordinieren die regionalen Gesundheitskonferenzen. Hier werden lokale Schwerpunkte und Ziele abgestimmt und festgelegt. Auf kommunaler Ebene erfolgt auch die Vernetzung / Verknüpfung mit lokalen Programmen und Planungen, z. B. im Bereich Verkehr, Wohnen, Nahverkehr, Sport; Stadtentwicklung, Jugendhilfe u. s. w.

Die Finanzierung der lokalen Projekte erfolgt aus dem Landes-Programm der gepoolten Mittel nach der Präventionsgesetzgebung. Antragsverfahren sind einfach zu gestalten und auf das Nötigste zu beschränken. Vorrang haben langfristig angelegte Programme, insbesondere mit bestehendem Wirknachweis, in Stadtteilen, Kitas, Schulen, Betrieben etc. Sie sollen möglichst in die Routine des jeweiligen Bereichs bzw. der Kooperation eingebaut werden. Ein Zwang zu jährlichen „Innovationen“ durch projektbezogene Mittelvergabe ist zu vermeiden. Antragsteller können lokale Träger und Kommunen bzw. kommunale Einrichtungen sein.

Aufgabe der Kommunen ist auch die Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung sowie die Bereitstellung lokaler Daten (Routinedaten, z.B. Schuleingangsuntersuchungen).

4. Evaluation und Qualitätssicherung

Die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen zeigt sich erst nach längerer Laufzeit. Um angesichts des erheblichen erforderlichen Mittelaufwandes auf Dauer sinnvolle und nachhaltige Präventionsstrategien zu etablieren, ist eine kontinuierliche Begleitung und Evaluation unverzichtbar. Neben der erforderlichen Qualitätssicherung ist auch die Prüfung der Wirksamkeit unterschiedlicher Strategien und Ansätze, beispielsweise im interregionalen Vergleich, erforderlich.

Nötig ist deshalb, eine an Erfolgsparametern orientierte langfristig ausgerichtete Begleitforschung verbindlich vorzusehen. Sie kann im Verlauf begrenzt und optimiert werden. Die Verwendung von Mitteln nach der Präventionsgesetzgebung sollte an eine entsprechende Evaluation und Begleitforschung gekoppelt sein.

Zur mittel- und langfristigen Beurteilung ist darüber hinaus neben der nationalen auch eine regelmäßige, gesundheitszielbezogene regionale (Bundesländer) und lokale / kommunale Gesundheitsberichterstattung nachbundesweit einheitlichen Standards, damit Vergleichbarkeit gesichert ist, zu etablieren.

Neben der Begleitevaluation ist eine erhebliche Förderung der brachliegenden Präventionsforschung unvermeidlich. Zwei Prozent der Mittel sind deshalb zentral für wissenschaftliche Projekte zur Präventionsforschung vorzusehen. Hier muss eine Reihe von dauerhaft finanzierten Forschungseinrichtungen profiliert werden, die nicht von Drittmitteln und kurzfristigen Projektlaufzeiten abhängig sind.

Dazu gehört auch die Qualifizierung von Fachpersonen (auf allen Qualifikationsstufen) für Prävention und Gesundheitsförderung über Studiengänge und berufsbegleitende Fortbildung. Ferner müssen in bestehende Studien – und Ausbildungsgänge Präventionsinhalte integriert werden (z.B. Medizin und Pflege, Sozialarbeit, frühkindliche Bildung).

In den Förderbescheiden sollte die Pflicht zur Weitergabe positiver Projekterfahrungen und Ergebnisse festgeschrieben werden. So kann sichergestellt werden, dass sich best-practice-Modelle nach dem Schneeballprinzip verbreiten. Die Transparenz von Präventionsstrategien wird erhöht, redundante Entwicklungszeiten und –kosten werden vermieden und die Weiterentwicklung von Prävention im Sinne eines lernenden Systems befördert.