

Anforderungen an ein Präventionsgesetz aus der Perspektive von Public Health

Beate Blättner, Gabriele Bolte, Marie-Luise Dierks, Ansgar Gerhardus, Burkhard Gusy und Gudrun Faller für die Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH)

Im Koalitionsvertrag der 18. Legislaturperiode zwischen CDU, CSU und SPD heißt es auf Seite 82: „Wir werden noch 2014 ein Präventionsgesetz verabschieden, das insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, wie in Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und alle Sozialversicherungsträger einbezieht“. Ein Entwurf des Präventionsgesetzes soll im Juni 2014 vorliegen. Politisches Ziel ist es, eine verfassungskonforme Lösung für die Kooperation zwischen Sozialversicherungsträgern und den Ländern zu finden und die Kommunen als Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einzubeziehen.

Prävention im Setting oder Schaffen gesundheitsfördernder Settings

Weit weniger als strukturelle werden derzeit inhaltliche Diskussionen darüber geführt, welche Art von Prävention oder Gesundheitsförderung im Gesetz geregelt werden soll. Die Formulierung „Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten“ im Koalitionsvertrag spricht auf den ersten Blick dafür, dass der Settings-Ansatz künftig gegenüber der individuellen Prävention gestärkt werden wird. Dies ist schon aufgrund der Prinzipien der Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit ausdrücklich zu begrüßen. Auf den zweiten Blick allerdings lässt die sprachliche Unterscheidung zwischen „Gesundheitsförderung in Lebenswelten, wie [...] Betrieb“ und „betriebliche Gesundheitsförderung“ über das hier intendierte konzeptionelle Verständnis nachdenken. Vor dem Hintergrund bisher gelebter Praxis einer nach dem Versichertenprinzip geförderten Prävention ist zu befürchten, dass – mit Ausnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung – zwar die Prävention in Settings, aber nicht die Schaffung gesundheitsfördernder Settings (*Rosenbrock, Hartung 2010*) über das Präventionsgesetz gefördert werden soll.

In der Prävention in Settings wird die Lebenswelt als Zugang zu schwieriger erreichbaren Zielgruppen betrachtet, denen verhaltenspräventive Maßnahmen nahe gebracht werden sollen. Dem liegt die Vorstellung zugrunde, dass die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen an die Zielgruppe, wenn sie an geeigneter Stelle erfolgt, zu verändertem Verhalten und damit zu mehr Gesundheit führt. Ein genereller Nachweis dieser Kausalkette ist bislang allerdings nicht erbracht. Wie sehr dagegen Lebensbedingungen direkt und indirekt über Gesundheit und auch über Gesundheitsverhalten entscheiden, ist umfassend belegt (*CDSH 2008*).

Deshalb steht der „Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten“ ein aus Sicht von Public Health zu fordernder Ansatz gegenüber, in dem es primär um die Veränderung von Lebensbedingungen, also um Verhältnisprävention geht, und allenfalls in Verbindung damit auch um Veränderungen von Verhalten. Das Setting darf nicht lediglich als Interventionsfeld für verhaltenspräventive Maßnahmen verstanden werden, sondern als der Ort, an dem die dort lebenden und arbeitenden Bevölkerungsgruppen Chancen zu mehr Kontrolle über die Determinanten ihrer Gesundheit haben und dadurch ihre Gesundheit stärken können (*WHO 2006*). Determinanten sind primär Einflüsse aus

prävention extra Eine Information der Zeitschrift für Gesundheitsförderung prävention

prävention Zeitschrift für Gesundheitsförderung ist die erste deutschsprachige Fachzeitschrift, die sich ausschließlich mit der Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention befasst. Sie erscheint seit 36 Jahren viermal jährlich; zweimal als Sammelheft und zweimal als Schwerpunktheft zu einem ausgewählten Thema. Probehefte kostenlos.

Herausgeber: Herausgeber: Prof. Dr. Alexa Franke, Prof. Dr. Michael Klein, Dr. Joseph Kuhn, Dr. Christian Luetkens, Peter Sabo, Dr. med. Gabriele Windus

Redaktion: Peter Sabo, Am Sonnenberg 17, 55270 Schwabenheim, Tel. 06130 7760

Internet: www.zeitschrift-praevention.de

der sozialen, der von Menschen veränderten und der physischen Umwelt, wie Arbeits-, Wohn- und Lebensbedingungen. Erst sekundär meint dies Verhaltensweisen, die als mehr oder weniger gelungene Bewältigungsstrategien von Lebensbedingungen betrachtet werden können. In der Bangkok-Charta der 6. Weltkonferenz der Gesundheitsförderung von 2005 werden als relevante negative Einflussfaktoren auf die Gesundheit u.a. zunehmende soziale Ungleichheiten innerhalb und zwischen Ländern, die Kommerzialisierung der Gesundheitsleistungen oder globale Umweltveränderungen und Urbanisierung genannt (*WHO 2006*).

Partizipation als Qualitätskriterium von Gesundheitsförderung und Prävention

Mit der Formulierung „enabling people to increase control [...]“ (*WHO 2006: 10*) bezieht sich die Bangkok-Charta auf sozialwissenschaftliche Konzepte, die mit den Stichworten Empowerment (*Brandes, Stark 2010*) und Partizipation (*Stark, Wright 2010*) für die Gesundheitsförderung leitend sind und bereits der Alma-Ata-Erklärung von 1978 und der Ottawa-Charta von 1986 zugrunde lagen. Partizipation zielt stärker auf die Frage, wer über wieviel Entscheidungsmacht in grundlegenden Fragen der Gestaltung von Lebensbedingungen verfügt (*Stark, Wright 2010*). Empowerment legt demgegenüber stärker den Fokus darauf, dass insbesondere marginalisierte Bevölkerungsgruppen ihre unter Umständen verschütteten personalen und sozialen Ressourcen entdecken und dadurch die Fähigkeit entwickeln, ihre Lebenswelt selbst zu gestalten (*Brandes, Stark 2010*).

Mangelnde Entscheidungsmacht über Lebensbedingungen hat eine weit höhere Erklärungskraft für gesundheitliche Ungleichheit als eine ungleiche Wissensverteilung über gesundes Verhalten (*CSDH 2008*). So lässt sich der Einfluss von Bildung auf die Gesundheit durch die mit besserer Bildung verbundenen besseren Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe erklären. Sozial Benachteiligte sind in der Regel gesundheitlichen Risiken der sozialen und physischen Umwelt in besonderer Form ausgesetzt, weil sie über weniger Ressourcen verfügen, sich ihnen zu entziehen oder diese aus ihrer Umgebung fern zu halten.

Prävention und Gesundheitsförderung müssen einen Beitrag zum Abbau sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen leisten. Bisherige Maßnahmen, wie speziell an Bevölkerungsgruppen in schwierigen Lebenslagen gerichtete Präventionsangebote oder Angebote in Schulen und Kitas in sozialen Brennpunkten, genügen diesem Anspruch nur ansatzweise, weil sie bei den Zielgruppen bestimmte Zugangsressourcen voraussetzen, die diese oft nicht mitbringen. Ein Beitrag zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit erfordert, die Verlierer der Gesellschaft in ihren Lebenswelten aufzusuchen und zum aktiven Einsatz für deren Verbesserung zu ermutigen. Partizipation und Empowerment sind deshalb kein „Add on“, sondern ein Kernmerkmal der Gesundheitsförderung.

Ein Präventionsgesetz der Zukunft

Wenn in diesem Jahr ein Präventionsgesetz verabschiedet wird, ist zu fordern, dass die Ausgestaltung dieses Gesetzes nicht lediglich auf einem verengten Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne einer Verhaltensprävention im Setting beruht (vgl. *DGPH 2013*). Vielmehr sollte es auf Strategien zur Gestaltung von gesundheitsfördernden Settings, dem Empowerment von Bevölkerungsgruppen in Settings und dem Abbau gesundheitlicher Ungleichheit fokussiert sein und damit zu einer echten Verhältnisprävention im Sinne der in unterschiedlichen Settings lebenden und arbeitenden Menschen beitragen.

Kontakt-Adresse für den Vorstand der DGPH:

Prof. Dr. Beate Blättner
Hochschule Fulda, Public Health Institute Fulda
Marquardstraße 35, 36039 Fulda
Tel: 0661-96040-603
Beate.Blaettner@hs-fulda.de

Die Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH) ist die wissenschaftliche Dachgesellschaft von Public Health. Sie vertritt bundesweit rund 40 Mitgliedsorganisationen aus Hochschulen, Fachgesellschaften und Institutionen, die sich mit Public Health befassen, und ist daher die Fachgesellschaft in Deutschland, in der die wissenschaftliche Expertise für Gesundheitsförderung und Prävention gebündelt ist. [<http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/>]

Literatur

Brandes S, Stark W (2010): Empowerment/Befähigung, in: BzGA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=954733bbf806f1b550ab448e508d9863&id=angebote&idx=169, Abruf 23.04.2014

CSDH (2008): Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/, Abruf 24.04.2014

Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. (DGPH) (2013): Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH) zum Referentenentwurf des BMG für ein Gesundheitsförderungs- und Präventionsstärkungsgesetz und zu den „Eckpunkten für eine Präventionsstrategie“ vom 13.12.2012. www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/fileadmin/user_upload/_temp_/DGPH_Stellungnahme_Praevention.pdf, Abruf 13.04.2014

Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (o.J.): Good Practice Kriterien. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-kriterien/, Abruf 23.04.2014

Rosenbrock R, Hartung S (2010): Settingansatz / Lebensweltansatz, in: BzGA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=dbe29527ee3c9680fb462fa77427dc80&id=angebote&idx=131, Abruf 17.02.2014.

Stark W, Wright MT (2010): Partizipation – Mitwirkung und Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, in: BzGA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=954733bbf806f1b550ab448e508d9863&id=angebote&idx=178, Abruf 23.04.2014

WHO (2006): 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok August 2005. Health Promotion International 21/S1: 10-14