

Stellungnahme der DHS

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention

Zusammenfassung

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) begrüßt die Anstrengungen der Regierung, ein „Gesetz zur Förderung der Gesundheitsförderung und der Prävention in Deutschland“ zu verabschieden. Neben vielen positiven Ansätzen enthält der Gesetzentwurf jedoch auch Teile und Formulierungen, die aus Sicht der DHS ergänzenswert sind oder deutlicher hervorgehoben werden müssen, und es gibt Vorhaben, die auf andere Weise reguliert werden müssen, um insgesamt eine positive Bewertung zu erlauben:

1. Der Konsum legaler und illegaler Drogen sowie süchtige Verhaltensweisen haben einen großen Anteil an der Entwicklung chronischer Erkrankungen. In der europäischen Region lassen sich **40 Prozent** aller Erkrankungen und vorzeitigen Todesfälle auf nur drei vermeidbare Risikofaktoren zurückführen: Rauchen, Alkoholmissbrauch und Verkehrsunfälle, die selbst oft durch Alkohol verursacht werden (WHO 2011). Diese Zahlen unterstreichen die zentrale Bedeutung der Prävention von Sucht und riskantem Konsum psychotroper Substanzen für die Gesundheit der Bevölkerung. Ein Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz, das legale und illegale Drogen außer Acht lässt, verfehlt seinen Anspruch, chronischen Erkrankungen bevölkerungsweit vorzubeugen und trägt zu gesundheitlicher Ungleichheit bei.
2. Gesundheit ist nicht allein das Ergebnis eigenverantwortlichen Verhaltens. Sie wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst, wie sozialer Status, Bildungsniveau, Arbeitsbedingungen und ökologische Faktoren. Dazu kommen Lebensstil und Lebensgewohnheiten wie Tabak- und Alkoholkonsum, Ernährung und Bewegung. Durch individuell ansetzende Maßnahmen der Verhaltensprävention allein können unerwünschte Entwicklungen, wie z.B. die Zunahme chronischer Erkrankungen, nicht kompensiert werden. Das heißt, politische Entscheidungen, mit Auswirkungen auf die oben genannten Faktoren, sind von größter Bedeutung für die Gesundheit. Prävention und Gesundheitsförderung können dabei nur unterstützend wirken. Prävention ist auch Gesellschaftspolitik - Gesundheit das Ergebnis politischer Entscheidungen.
3. Die DHS begrüßt, dass der lebensweltenbezogene Ansatz (Setting-Ansatz) in Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt werden soll. Allerdings wird im vorgelegten Gesetzentwurf nicht deutlich formuliert, dass es dabei nicht um Interventionen in den verschiedenen „Settings“ (z.B. Familie, Schule, Betrieb, Kommune/Quartier) geht, sondern um gesundheitsförderliche Veränderung der Lebenswelten, also Verhältnisprävention. Gerade der Sozialraumbezug, der in der Suchtprävention und Suchthilfe eine große Rolle spielt, muss berücksichtigt werden.

Für eine umfassende und nachhaltige Suchtprävention stellt die Kommune eines der wichtigsten Handlungsfelder dar. In den vergangenen Jahren wurde daher die kommunale Suchtprävention ausgebaut. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass vernetzte, systematisch sich ergänzende Präventionsaktivitäten die Wirksamkeit von Einzelmaßnahmen in Kommunen erheblich steigern können. Diese Fortschritte dürfen durch eine Ausgrenzung der Lebenswelt „Kommune/Stadtteil“ nicht gefährdet werden.

4. Die DHS unterstützt ein Gesetz, das die gesetzlichen und privaten Krankenkassen dazu verpflichtet, künftig zur Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß §§ 20, 23, 25 und 26 mehr Mittel einzusetzen. Sie unterstützt ebenfalls, dass der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie den auf Settings bezogenen Maßnahmen mehr Gewicht verliehen werden soll. Allerdings können die Aufgaben und Herausforderungen der Gesundheitsförderung und Prävention durch Änderungen und Ergänzungen der vorhandenen Sozialgesetzbücher V, VI, VII, VIII und XI nicht wirksam bewältigt werden. Prävention und Gesundheitsförderung muss in Leistungen und Ergebnissen wie medizinische Versorgung, Reha und Pflege geplant und gewichtet werden. Ein eigenständiges Bundesgesetz wäre angemessen und böte die Chance einen Rechts- und Finanzierungsrahmen für die öffentlich geförderten Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung, einschließlich der Suchtprävention, auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zu strukturieren.

5. Um das öffentliche Ansehen von Gesundheitsförderung und Prävention zu verbessern und um zu verdeutlichen, dass auch der Staat bei der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung seinen Beitrag leistet, wäre ein nationales Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramm des Bundes sehr zu begrüßen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat mit ihrem Vorhaben „Globaler Aktionsplan zur Prävention und Kontrolle nicht-übertragbarer Erkrankungen 2013 - 2020“ allen Mitgliedsländern Politikoptionen an die Hand gegeben, mit dem sie koordinierte und schlüssige Aktionen auf allen Handlungsebenen (lokal bis global) umsetzen können. Sie umfassen neun freiwillige Ziele zur Reduzierung vorzeitiger Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen und Diabetes. Bei drei der vier von der WHO als wesentlich eingestuftes Erkrankungen spielen Alkohol- und Tabakkonsum eine Rolle. Fünf der neun Ziele betreffen ebenfalls Sucht und riskanten Konsum von Alkohol und Tabak.

FAZIT: Die Problematiken, die aus dem Konsum legaler wie illegaler psychotroper Substanzen entstehen - 40 Prozent aller Erkrankungen und vorzeitigen Todesfälle sind auf nur drei vermeidbare Risikofaktoren zurückzuführen: Rauchen, Alkoholmissbrauch und Verkehrsunfälle, die selbst oft durch Alkohol verursacht werden - finden im Gesetzentwurf nicht die gebührende Beachtung.

Darüber hinaus wird in keiner Weise berücksichtigt, dass Suchthilfe und Suchtprävention, einschließlich der Sucht-Selbsthilfe, über die längste Präventions- und gesundheitsfördernde Erfahrung in Deutschland verfügen. Die daraus gewonnene Kompetenz spiegelt sich auch in einer bundes- und länderbezogenen Struktur der Suchtprävention mit eigenen Fachstellen für Suchtprävention auf der kommunalen Ebene wider. Diese Fachstellen für Suchtprävention sind bundesweit die einzigen Agenturen im Feld, die Suchtprävention als ausschließliches Thema und mit hauptamtlichen Kräften betreiben. Seit den 1950er Jahren gibt es Landesstellen für Suchtfragen, die die Suchtprävention in den Bundesländern koordinieren und/oder mit Fachstellen für Suchtprävention zusammenarbeiten. Erst eine solche Struktur, die mit Landes- und kommunalen Mitteln finanziert wird, ermöglicht auf kommunaler Ebene eine nachhaltige Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, die den spezifischen regionalen Gege-

benheiten angepasst sind. Aus der Erkenntnis resultierend, dass Suchtprävention eine Querschnittsaufgabe ist, sind darin öffentlich-rechtliche Akteure, die Wohlfahrtsverbände, die Suchtfachverbände, die betriebliche Suchtprävention und die Sucht-Selbsthilfe eingebunden. Die Akteure der professionellen Suchtpräventionseinrichtungen kooperieren sowohl mit kommunalen Akteuren (Gesundheitsämter, Jugendhilfe, Schulen, Polizei, Gewerbetreibenden, Sport), als auch mit der BZgA, Krankenkassen oder zu Forschungszwecken mit Universitäten. Diese erworbenen Kompetenzen und vorhandenen Strukturen sind in einem Gesetz zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie in dessen Umsetzung unbedingt zu berücksichtigen.

Zu den einzelnen Paragraphen des Entwurfs:

Artikel 1

Änderungen des SGB V

§ 1

Der nach Paragraph 1 Satz 1 eingefügte Satz sollte ergänzt werden um „... sowie die Prävention in Lebenswelten“

Neben der Eigenverantwortung der Versicherten sollte auch die Bedeutung der Gestaltung von gesundheitlichen Lebenswelten gleichermaßen betont werden.

§ 2b

Die DHS begrüßt die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten.

§ 20, Abs.3

Die DHS hält die detaillierte Aufführung der derzeitigen Gesundheitsziele aus folgendem Grund nicht für zielführend: Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele hängen von vorhandenen aber auch sich entwickelnden gesundheitlichen Problematiken ab. Sie müssen kontinuierlich einer Prüfung auf Relevanz unterzogen werden. Neue Gewichtungen und neue Zielsetzungen können erforderlich sein.

Bei den im Gesetzentwurf genannten Zielen vermischen sich überdies Präventions- und Gesundheitsförderungsziele mit Zielen der Versorgung.

Unverständlich bleibt, warum das Ziel „Tabakkonsum reduzieren“ in die zu berücksichtigenden Zielsetzungen aufgenommen wird, das ebenso wichtige Ziel „Alkoholkonsum reduzieren“ jedoch nicht genannt wird.

Es bietet sich an, die nationalen Ziele und die globalen Ziele (WHO) miteinander abzustimmen.

§ 20 Abs.6

Die DHS begrüßt die Erhöhung des Beitrags, den die Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung stellen. Leider ist die Balance zwischen Individualprävention (Verhaltensprävention) und settingbezogener Prävention (Verhältnisprävention) nicht ausgewogen.

§ 20a Abs. 1 - 4

Der Begriff „Lebenswelten“ bzw. die lebensweltbezogene Prävention ist zu unklar definiert. Es ist zu befürchten, dass darunter verhaltensbezogene Prävention in Lebenswelten, aber nicht Verhältnisprävention verstanden wird. Darüber hinaus wird in Abs. 2 nur die „kann“-Formulierung gewählt. Sie muss durch eine „Muss“-Regelung ersetzt werden.

Bei der Aufzählung der Lebenswelten/Settings fehlt ein wesentliches Setting, nämlich das des Stadtteils/Quartiers bzw. der Kommune.

Als eines der wichtigsten Handlungsfelder für eine umfassende und nachhaltige Suchtprävention sehen die Experten die Kommunen. Es ist wichtig, dass sie genügend Raum haben zu entscheiden, wie sie den präventiven Erfordernissen begegnen. Das Präventionsgesetz muss es ermöglichen, Mittel für den Aufbau und die Steuerung eines kommunalen Netzwerkes zur Verfügung zu stellen, das der Umsetzung der suchtpreventiven Ziele dient. Die finanzielle Unterstützung von Netzwerk- und Schnittstellenarbeit ist erforderlich.

Die DHS würde es begrüßen, wenn sich Prävention und Gesundheitsförderung stärker an der Lebenssituation vulnerabler Gruppen orientiert. Sucht und andere psychische Erkrankungen sind in Deutschland immer noch stark tabuisiert. Entsprechend finden auch Maßnahmen und Angebote, die sich an die betroffenen Menschen oder an wohnungslose und mehrfachbehinderte Menschen richten, zu wenig Unterstützung.

§ 20a Abs. 3

Unbenommen der fachlichen Qualitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Arbeitsfeld Prävention, ist es aus Sicht der DHS bedenklich, dass eine Bundesbehörde einen Auftrag in Höhe von ca. 35 Mio. Euro erhält, der durch die Beiträge der Versicherten finanziert ist. Eine Wertschätzung von Prävention und Gesundheitsförderung durch die Bundesregierung sollte sich in der Finanzierung ihrer nachgeordneten Behörde niederschlagen. Sie ist nicht Aufgabe der Krankenkassen.

Problematisch ist ferner, dass die BZgA als nachgeordnete Bundesbehörde selbst nicht in den kommunalen und regionalen Handlungsfeldern der nicht-betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention tätig werden kann, sondern in den Bundesländern auf Kooperationspartner wie die Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung oder die Landesstellen für Suchtfragen angewiesen ist. Diese können jedoch ohne Probleme, wie bisher zum Teil auch schon geschehen, selbst direkte Auftragnehmer der Krankenkassen sein. Es bedarf dazu keiner Vermittlung durch eine Bundesbehörde.

§ 20d

Die DHS begrüßt die Erarbeitung einer Nationalen Präventionsstrategie unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen. Dabei ist die suchtpreventive Expertise einzubeziehen, analog der Expertise der Jugendhilfe.

So wünschenswert die Verbesserung und Sicherung der Qualität der Präventionsangebote, -programme und -projekte ist, so schwierig ist es, diesem Ansinnen durch eine Zertifizierung gerecht zu werden. Der Versuch, Qualität in der Prävention und Gesundheitsförderung zu messen und systematisch auszuwerten, steht noch ganz am Anfang. Hier hat der „Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit“, der durch die BZgA gefördert wird, wichtige Anstöße dazu gegeben, was ein Good-Practice-Ansatz beinhalten sollte.

Die Skepsis der DHS gegenüber der Zertifizierung und damit Standardisierung von Präventionsleistungen wird dadurch gestärkt, dass positive Ergebnisse in lebensweltbezogene Maßnahmen am besten durch partizipative Ansätze zu erreichen sind. Letztere sind nur begrenzt planbar und zu standardisieren. Es hat sich gezeigt, dass das Prinzip „one-size-fits-all“ nicht auf die Suchtprävention übertragbar ist. Hier sind maßgeschneiderte Konzepte erforderlich, um alle zu erreichen, die erreicht werden sollen. Insbesondere der Gedanke der **Inklusion** ist nur durch eine flexible Handhabung von Programmen und Projekten umzusetzen.

§ 20e

Die DHS begrüßt die Einrichtung einer nationalen Präventionskonferenz, an der maßgebliche Akteure teilnehmen. Die im Gesetzentwurf genannten Akteure sind allerdings bislang nur begrenzt als Experten für Prävention und Gesundheitsförderung in Erscheinung getreten. Ihre Kompetenz liegt vorrangig auf anderen Fachgebieten, Beispiel: die Bundesagentur für Arbeit. Die DHS vermisst in der Präventionskonferenz die Vertretung der Akteure, deren genuines Arbeitsfeld die Prävention und Gesundheitsförderung ist, z.B. die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. und die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, die sowohl einen Großteil der Selbsthilfe- und Patientenorganisationen repräsentieren, als auch das Arbeitsfeld der Suchtprävention. Sie sollten in das zu schaffende Gremium einbezogen werden.

Die DHS begrüßt, dass die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung mit der Durchführung des Präventionsforums beauftragt wird.

§ 20g

Die Ermöglichung der Durchführung von Modellprojekten ist begrüßenswert.

§ 25

Aus Sicht der DHS ist es äußerst fraglich, ob eine Präventionsempfehlung in Form einer ärztlichen Bescheinigung zu einer Inanspruchnahme individueller Prävention (z.B. Kursangebote) führt.

Artikel 3

Änderung des SGB VII

Die DHS begrüßt die Beteiligung der Unfallversicherungsträger an der nationalen Präventionsstrategie.

Artikel 4

Änderung des SGB VIII

§ 16. Die DHS begrüßt, dass Angebote der Familienbildung in Zukunft auch solche umfassen, die die Familien in ihrer Gesundheitskompetenz stärken.

Viele Menschen mit einer Suchtproblematik tragen Verantwortung für Kinder: Es wird geschätzt, dass etwa 2,7 Millionen Minderjährige von einer elterlichen Alkoholstörung betroffen sind. Rund 60.000 Kinder leben mit Eltern, die illegale Drogen konsumieren. Suchtkranke Eltern müssen als besondere Zielgruppe für Familienbildung wahrgenommen werden, da deren Wohl unauflösbar auch mit dem Kindeswohl verknüpft ist.

Artikel 5

Änderung des SGB XI

Es ist nicht nachzuvollziehen, warum präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen nur stationär gepflegten Menschen zu Teil werden sollen. Dies stellt eine nicht hinzunehmende Ungleichbehandlung zu pflegender Menschen dar.