

Beitrag auf dem 2. Heidelberger Dialog „Gesundheitswesen und Sozialpolitik“

Anforderungen an Prävention und Gesundheitsförderung aus sozial bedingt unterschiedlichen Gesundheitschancen

Die soziale Ungleichheit nimmt zu. Ausschlaggebend hierfür sind u. a. die hohe Erwerbslosigkeit, die zunehmende Ungleichheit in der Einkommens- und Vermögensverteilung sowie der Abbau sozialstaatlicher Leistungen. Noch nie war die Kluft zwischen Arm und Reich in der Bundesrepublik so groß wie heute. Die Tatsache, dass auch die Gesundheit erheblich durch sozioökonomische Merkmale beeinflusst wird, findet in der Debatte um die Auswirkungen sozialer Ungleichheiten wenig Beachtung. Personen mit einer niedrigen Bildung, einer niedrigen beruflichen Stellung und/oder einem niedrigem Einkommen sterben in der Regel früher. Gleichzeitig leiden sie in ihrem ohnehin schon kürzeren Leben auch häufiger an chronischen Erkrankungen mit den damit verbundenen Auswirkungen auf die Lebensqualität. Je höher die soziale Schicht, desto geringer ist dagegen die Wahrscheinlichkeit, frühzeitig zu erkranken bzw. zu sterben.

Eine Trendwende ist unter den gegebenen Bedingungen nicht zu erwarten. Ganz im Gegenteil: Die Schere in der Gesundheit zwischen Arm und Reich geht sogar zunehmend auseinander.

Die Forschung konnte zwar in zahlreichen Studien den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit eindeutig belegen. Allerdings ist sie noch weit davon entfernt, eindeutige und ausreichende Erklärungen hinsichtlich der zu beobachtenden Ungleichheiten in der Sterblichkeit und Krankheitshäufigkeit liefern zu können.

Aus der Vielzahl der Erklärungsmodelle und Erklärungsansätze mit ihren Stärken und Schwächen möchte ich heute auf einen Ansatz besonders hinweisen, der zahlreiche Erkenntnisse für die Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheiten liefert – die Lebenslaufperspektive.

Im Rahmen des Lebenslaufansatzes werden Einflüsse in frühen Lebensjahren für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten im Erwachsenenalter einbezogen. „Die meisten Krankheiten haben eine lange Entstehungsgeschichte, und eine beeinträchtigte Gesundheit im Erwachsenenalter ist häufig auf die gesundheitliche Lage im Kindesalter zurückzuführen“, so Matthias Richter und Klaus Hurrelmann in einem aktuellen Beitrag zu diesem Thema. Die soziale Herkunft von Kindern entscheidet also nicht nur über ihre späteren Bildungs- und Berufschancen. Vielmehr haben die Lebensumstände im Kindes- und Jugendalter maßgeblichen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung im weiteren Lebenslauf.

Das alles verdeutlicht, dass die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten vielschichtig und komplex sind. Doch eine genaue Ursachenanalyse ist eine wesentliche Voraussetzung, um die Maßnahmen festzulegen, mittels derer gesundheitliche Ungleichheiten verringert werden können. Weitere Forschung ist also notwendig. Das sollte die Politik jedoch nicht daran

hindern, bereits heute vorhandenes Wissen hinsichtlich gesundheitlicher Ungleichheiten zu nutzen und praktisch anzuwenden.

Um es vorweg zu nehmen: Erforderlich ist eine Gesamtstrategie, die auf eine Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse zielt, und die wirklichen Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit beseitigt. Von Bedeutung hierfür sind die Wirtschafts-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik, die Bildungspolitik, die Umweltpolitik und das Bau- und Wohnungswesen, um nur einige der maßgeblichen Politikfelder aufzuzählen.

Ich sage dies so deutlich, um einerseits vor möglichen Enttäuschungen der Bürgerinnen und Bürger aufgrund überhöhter Erwartungen an eine präventiv ausgestaltete Gesundheitspolitik zu warnen. Denn die Gesundheitspolitik bewegt sich innerhalb der durch die genannten Politikfelder gesetzten Rahmenbedingungen, sodass sie nur einen Teil der dadurch verursachten Ungleichheiten kompensieren kann.

Andererseits möchte ich verdeutlichen, dass Prävention ein beliebtes Schlagwort ist – insbesondere auf Seiten der SPD wird begrüßenswerter Weise immer wieder die Stärkung von Prävention gefordert. Doch Realität und Wirklichkeit klaffen weit auseinander. Wir können Prävention und Gesundheitsförderung nicht nachhaltig stärken – und dies sollten meine einleitenden Bemerkungen verdeutlicht haben – wenn die Arbeitszeiten immer weiter verlängert werden, der Zeit- und Leistungsdruck zunimmt, die Einkommens- und Vermögensverteilung sich polarisiert...

Dennoch: Eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen ist längst überfällig. Gesundheit und Krankheit werden aber nicht in erster Linie durch individuelles Verhalten beeinflusst, sondern durch die sozioökonomischen Lebensbedingungen im weitesten Sinne.

Doch was ist überhaupt unter Prävention und Gesundheitsförderung zu verstehen? Heute Vormittag haben Sie viel zu einer Präventionsleistung der Krankenkassen gehört – das Impfen. Ich möchte an dieser Stelle die Debatte nicht weiter aufgreifen, da Sie im Anschluss noch über die HPV-Impfung zur Behebung einer wesentlichen Ursache des Gebärmutterhalskrebses diskutieren werden. Erlauben Sie mir nur ein paar Gedanken: Für mich ist Impfen das grundlegende Mittel für die Beherrschung vieler übertragbarer Krankheiten gewesen. Jede/jeder weiß, dass dazu eine hohe Durchimpfungsrate der Bevölkerung nötig ist. Wenn diese Raten bei etlichen Impfungen derzeit so gesunken sind, dass in unseren Breitengraden ausgerottet geglaubte Krankheiten wieder Fuß fassen, ist es höchste Zeit, nicht nur endlich Impfen als Pflichtleistung der Krankenkassen zu etablieren, sondern es muss meines Erachtens ernsthaft über eine Impfpflicht nachgedacht werden.

Außerdem kann Impfen ein Schlüssel für die Ärztin/den Arzt sein, zu manchen Patientinnen und Patienten überhaupt erst einmal Zugang zu finden und diese auf weitere Maßnahmen der Prävention überhaupt erst einmal aufmerksam zu machen. Insofern begrüße ich auch die neue Impfmöglichkeit zur Vorbeugung von Gebärmutterhalskrebs.

Allerdings plädiere ich bei der Preisgestaltung, die hohen Erwartungen an diese neuartige Methode nicht für außergewöhnliche Gewinnchancen zu nutzen. Eine überbordende Belastung der Krankenkassen würde der Impfkzeptanz angesichts der prekären Finanzlage nicht dienlich sein.

Prävention und Gesundheitsförderung umfassen ein weites Feld. Und es besteht noch ein

erheblicher Nachholbedarf, um die starke Ausrichtung des Gesundheitswesens auf Akutmedizin überwinden zu können.

Unter (Primär-)Prävention werden alle Maßnahmen und Strategien verstanden, die darauf zielen, bestimmte Erkrankungen zu vermeiden sowie die Eintrittswahrscheinlichkeit von bestimmten Krankheiten zu senken. Mithin können präventive Maßnahmen dazu beitragen, das individuelle Wohlbefinden zu steigern. Erweiterte Prävention braucht eine Stärkung personaler, sozialer und materieller Gesundheitsressourcen.

Bei vielen Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens lässt sich ein stetig wachsendes Engagement für eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen ausmachen. Es gibt inzwischen eine breite Vielfalt von Initiativen, Aktionen und Projekten. Das Gesundheitsbewusstsein ist in den letzten Jahren zwar differenziert, aber unverkennbar gestiegen. Doch es fehlen die notwendigen Rahmenbedingungen für eine wirksame, vor allem nachhaltige Präventionspolitik.

Wir benötigen bei der Prävention einen Quantensprung, um das Dilemma von Anspruch und Wirklichkeit endlich zu überwinden. Für eine wirksame Präventionspolitik muss endlich eine funktionsfähige, flächendeckende Infrastruktur geschaffen werden, um vom Aktionismus hin zur Verstetigung zu kommen.

Lassen Sie mich dies mit einem Beispiel verdeutlichen: Seit Jahren (konkret seit 1992) gibt es bereits die Jugendaktion „Gut drauf“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die alle zentralen Elemente für einen gesunden Lebensstil enthält: gesunde Ernährung, ausreichende Bewegung und Stressbewältigung. Dieser Dreiklang soll einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, dass eine Annäherung an einen Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens erreicht wird – wie sie die Gesundheitsdefinition der WHO vorsieht. Anfang dieses Jahres hat das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit dem Bundesgesundheitsministerium Eckpunkte einer Kampagne für Gesunde Ernährung und Bewegung vorgelegt – doch an die bereits erzielten Ergebnisse und Erkenntnisse wird nicht ausreichend angeknüpft. Sogar der wesentliche Bereich der Stressbewältigung wird ausgeklammert.

Mit anderen Worten: Arbeitsgruppen und Foren tagen in Permanenz, Papiere türmen sich und ohne Ende werden Konferenzen veranstaltet. Modelle werden gefördert und laufen dann wieder aus – das ist Modell- und Konzeptaktionismus. Was fehlt, ist eine flächendeckende und dauerhafte Verankerung im gesellschaftlichen Bewusstsein und tagtäglichen Taten.

Meines Erachtens gibt es hierfür nur eine Lösung: Prävention und Gesundheitsförderung müssen endlich zu einer eigenständigen, starken Säule des Systems der Gesundheitssicherung ausgebaut und der Kuration, Rehabilitation und Pflege voran gestellt werden, also die erste von vier Säulen der gesundheitlichen Sicherung werden.

Längst überfällig ist ein Präventionsgesetz. Die Große Koalition hat die Vorlage eines Präventionsgesetzes zuletzt für Ende dieses Jahres versprochen – doch ob es wirklich hierzu kommt, bleibt abzuwarten. Zu eindeutig fiel die Kritik der Union an den von der Bundesregierung im September 2007 vorgelegten Eckpunkten für ein Präventionsgesetz aus, um zu erwarten, dass die Konflikte innerhalb der Koalition so schnell – wenn überhaupt – beseitigt werden können.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat sich für ein Präventionsgesetz noch in dieser Legislaturperiode ausgesprochen. Das geht aus dem aktuellen Gutachten „Kooperation und Verantwortung“ hervor, das der Sachverständigenrat im Juli dieses Jahres Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt überreicht hat.

Bemerkenswert ist, dass der Sachverständigenrat in seinem aktuellen Gutachten wiederholt fordert, dass Primärprävention nicht nur den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern soll, sondern einen besonderen Schwerpunkt auf die Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen legen muss.

Präventionspolitik muss sich also an Zielgruppen orientieren. Zu berücksichtigen ist, dass die soziale Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit die gesamte Sozialstruktur einer Gesellschaft durchzieht. Der Zusammenhang ist in der Regel linear. Erfolgreiche Präventionsstrategien müssen folglich darauf zielen, den Gesundheitszustand in allen sozialen Schichten zu verbessern, wobei die Geschwindigkeit der Verbesserung in den unteren sozialen Schichten zunehmen muss. Die Entwicklung solcher komplexer Präventionsstrategien steht noch aus.

Bislang überwiegen Interventionen, die auf Aufklärung, Information und Beratung setzen und noch nicht einmal den Kontext berücksichtigen. Ich denke hierbei insbesondere an kontextunabhängige Medienkampagnen sowie an Beratungs- und Trainingsangebote. Dass sie wenig wirksam sind, dürfte auf der Hand liegen. Prävention und Gesundheitsförderung müssen in den „Lebenswelten“ der Menschen – also Schulen, Kindergärten, Stadtteilen... – ansetzen und auf die Bedingungen zielen, unter denen Menschen leben. So wird gewährleistet, dass das Lebensumfeld und die Rahmenbedingungen bei den jeweiligen Interventionen mit einbezogen werden.

Eine Quotierung der Ausgaben zugunsten solcher Setting-Ansätze ist in einem Präventionsgesetz auf jeden Fall vorzunehmen. Ich würde es begrüßen, wenn sogar zwei Drittel der Präventionsausgaben in Projekte und Programme der lebensweltbezogenen Prävention fließen könnten.

Entscheidend ist auch, dass die jeweiligen Zielgruppen an der Konzipierung, Umsetzung und Qualitätssicherung der Interventionen beteiligt sind. Partizipation ist – wie der Sachverständigenrat ausgeführt hat – die Schlüsselgröße der Prävention.

Wenn wir Prävention und Gesundheitsförderung stärken wollen, kostet das zunächst Etwas an Geld. Langfristig kann allerdings ein beträchtliches Einsparungspotential für die Krankenkassen erschlossen werden. Die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung ist daher für die Versicherten und für die Krankenkassen wie auch für die Gesellschaft insgesamt ein lohnenswertes Vorhaben. So sagte schon die erste Ärztin Amerikas, Elisabeth Blackwell, in ihrer Doktorarbeit 1849: „Vorbeugen ist besser als heilen“. Das sollte der Staat, in Persona also Bundesregierung und Bundestag, für die Startphase bedenken, die in deren Verantwortung liegt.

Die im Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums vorgesehenen 350 bis 400 Millionen Euro für Prävention reichen meines Erachtens bei Weitem nicht aus. Unklar ist, ob wirklich alle Sozialversicherungsträger an der Prävention beteiligt werden. Eine Beteiligung der Arbeitslosenversicherung ist zwar vorgesehen, aber dieser Punkt muss – wie man einer Fußnote entnehmen kann – noch mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales abgestimmt werden. Gespannt dürfen wir auch sein, wie lange die angestrebte Beteiligung der PKV sich im Gesetzgebungsverfahren hält. Ein Beitrag der öffentlichen Haushalte ist

hingegen überhaupt nicht vorgesehen.

Prävention und Gesundheitsförderung sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Meine Fraktion DIE LINKE strebt daher eine Mischfinanzierung an, bei der die öffentlichen Haushalte – insbesondere von Bund und Ländern, aber auch der Kommunen – maßgebliche Finanzierungsquellen sind. In der Startphase halten wir jährlich 1 Mrd. Euro aus dem Bundeshaushalt für unerlässlich.

Der Schwerpunkt der Nachmittagsveranstaltung liegt in der Frage, wie sich die Gesundheit von Frauen verbessern lässt. Was wollen Frauen? Was brauchen Frauen? – so der von Ihnen gewählte Untertitel. Abschließend möchte ich daher noch kurz skizzieren, welche Anforderungen sich unter diesem Aspekt an ein Präventionsgesetz ergeben.

Frauen und Männer haben nicht nur unterschiedliche Gesundheitsrisiken, sondern es lassen sich auch Unterschiede im Gesundheitsbewusstsein und Krankheitsverhalten feststellen wie auch unterschiedliche Bereitschaften, Präventionsangebote anzunehmen. Gleichzeitig gibt es quantitative Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Frauen und Männern. Betrachtet man dabei die Lebenserwartung im Verhältnis zum Einkommen, so zeigt sich, dass die Aussage, je höher das Einkommen, desto höher in der Regel die Lebenserwartung, für Männer zurzeit noch stärker zutrifft als für Frauen.

Allein diese Ausführungen verdeutlichen, wie wichtig es ist, im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung Frauen und Männer auch jeweils als eine Zielgruppe zu berücksichtigen und die Maßnahmen und Strategien auch geschlechtsspezifisch zuzuschneiden.

Zentrale Voraussetzung hierfür ist, dass wir zunächst erschließen, welche Geschlechter-Differenzen es bei den Indikatoren sozialer Ungleichheit gibt und welche Bedeutung dies für die gesundheitliche Ungleichheit hat.

Gender Mainstreaming ist also ein Schlüsselkonzept für eine erfolgreiche Präventionspolitik; angestrebt wird hierbei, dass „Frauen und Männer die gleichen Chancen haben, ihre Gesundheitspotentiale auszuschöpfen.“ Dabei eröffnet Gender Mainstreaming nicht nur die Möglichkeit, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern. Vielmehr kann es auch einen großen Beitrag für eine Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen insgesamt leisten.

Und das dürfte wohl in unser aller Interesse sein.

- es gilt das gesprochene Wort -

1 Mitglied des Deutschen Bundestages und Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit.

2 Vgl. u.a. Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2007): Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 42/2007, S. 3-10; Lampert, Thomas/Kroll, Lars Eric/Dunkelberg, Annalena (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 42/2007, S. 11-18; Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern.

3 Vgl. u.a. Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2007): Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 42/2007, S. 3-10; Dragano, Nico (2007): Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 42/2007, S. 18-24.

4 Vgl. Rosenbrock, Rolf (2007): Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin.

5 Vgl. Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2007): Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 42/2007, S. 3-10

6 Lampert, Thomas/Kroll, Lars Eric/Dunkelberg, Annalena (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 42/2007, S. 16.

7 Vgl. u.a. Babitsch, Birgit (2006): Die Kategorie Geschlecht. Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlage, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden, S. 271-288; Schröder, Marina (2006): Anforderungen an ein Präventionsgesetz. In: gute Arbeit 1/2006, S. 38-39.

8 Altgeld, Thomas et al. (2006): Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn, S. 28.