

Prävention als Chance für eine nachhaltige Gesundheitspolitik

Prävention gesamtgesellschaftlich denken

Neues Gesetz und alles gut?

Kneipp-Bund e.V. • DAMID e.V. • Barmer GEK

Berlin, 26.11.2014

Inhalt

1. Bedeutungszuwachs der Prävention
2. Prävention in Deutschland
3. Kriterien guter Praxis
4. Gründe für Mängel der Präventionspolitik
5. Anmerkungen zum Präventionsgesetz
6. Anforderungen an die Präventionspolitik

Prävention in Deutschland (1/6)

- wachsende Aufmerksamkeit für Prävention
 - demographischer Wandel
 - Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen
 - begrenzte Interventionsmöglichkeiten der Medizin
- stark ökonomisch motiviert (wenn auch darauf nicht beschränkt)
 - Begrenzung von Behandlungskosten
 - Entlastung von Arbeitgebern und öffentlichen Haushalten
 - Gesundheit als Produktivitätsressource (alternde Belegschaften, Fachkräftemangel)
 - Prävention als Teil einer Sozialinvestitionsstrategie

Prävention in Deutschland (2/6)

- größere Aufmerksamkeit für das Ziel der „Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“
 - § 20 SGB V
 - Gesundheitsministerkonferenz
 - regionale Gesundheitsziele
- Professionalisierung von Prävention und Gesundheitsförderung
 - z.B. Qualitätskriterien in § 20 SGB V

Prävention in Deutschland (3/6)

- insgesamt nach wie vor nur geringes Interesse der Politik am Thema „Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit“
- unzureichende Qualitätssicherung in der Prävention
- zu geringes Gewicht der (nichtmedizinischen) Primärprävention (Ressourcen)
- zu starke Betonung von Maßnahmen der reinen Verhaltensprävention
- mangelnde Zielorientierung der Prävention
- zu geringer Anteil von integrierten, komplexen Konzepten („Setting-Ansätze“)

Prävention in Deutschland (4/6)

- Fragmentierung der Präventionsakteure und Zuständigkeiten
- Heterogenität von Interessen
 - Bund, Länder und Kommunen (BzG, ÖGD)
 - z.T. konkurrierende Ministerien
 - Sozialversicherungsträger (DKV, DGUV, GRV, BA)
 - Zusammenwirken von SV-Trägern und Gebietskörperschaften
 - freie Träger
 - private Träger
- unzureichende Koordinierung der unterschiedlichen Handlungsebenen und Akteure

Prävention in Deutschland (5/6)

Nebeneinander von Tatendrang und Tatenlosigkeit:

- Kampagnen zur Verhaltensprävention (Rauchen, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen)
- Arbeitsbelastungen
 - prekäre Beschäftigung (Leiharbeit, befristete Beschäftigung etc.)
 - Dauer und Lage der Arbeitszeiten
 - Arbeitsverdichtung (Stress, Burnout, psychische Erkrankungen etc.)
 - Fragmentierung der Präventionsakteure und Zuständigkeiten
- Philosophie der win-win-Konstellation trägt i.w. nicht

Prävention in Deutschland (6/6)

- Krankenkassen als Präventionsakteure
 - Kassenwettbewerb als Hindernis
 - Kassen als ökonomisch-rational handelnde Akteure
 - zeitliches Auseinanderfallen von Investition und Amortisierung
 - Ungewissheit über Verbleib der Versicherten bei der Kasse
 - beschränkte Zugangsmöglichkeiten zu bestimmten Settings

Stellenwert der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit in Gesundheitssystemen

Stellenwert der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit	Staat
Beschränkung auf Reduktion sozialer Ungleichheit, keine eigenständigen Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit	Griechenland, Zypern
Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit als Ziel, aber fehlende Gesamtstrategie	Deutschland, Frankreich, Belgien, Schweiz, Österreich, Italien, Polen, Slowakei, Tschechien
Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit als Ziel, Ansätze zur Etablierung einer Gesamtstrategie	Finnland, Dänemark, Niederlande
Integrierte und koordinierte Gesamtstrategie zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit	Schweden, Norwegen, England

Allgemeine Gründe

- Komplexität von Handlungsanforderungen
- starke Rolle wirtschaftlicher Interessen („Lohnnebenkosten“)
- zahlreiche Implementationshindernisse (z.B. Veto-Spieler)
- Folge: Reduzierung von Komplexität, Beschränkung auf das „Machbare“
- „Darwinsches Gesetz der Prävention““
- daher: Priorität auf Verhaltensprävention

Spezifische Gründe

- Bismarcksche Krankenversicherung als Entscheidung für den Fokus „Kompensation“
- Fragmentierung von Zuständigkeiten
 - Föderalismus
 - Sozialversicherungsstaat
- geringe Rolle der Kommunen und Regionen in der Gesundheitsversorgung (im Unterschied zu den Krankenversicherungsträgern)

Soziale und nachhaltige Prävention (1/4)

- den Gesundheitszustands der Bevölkerung stetig verbessern
- dabei: Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen nivellieren („Verringerung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen“)
 - Gebot der Angleichung von Lebenschancen
 - größter erwartbarer Nutzen
- gesundheitsgerechte Bedingungen und Strukturen schaffen
- Gesundheit als Ziel und Bezugspunkt aller politischer Entscheidungen aller politischen Entscheidungsträger auf allen Ebenen

Soziale und nachhaltige Prävention (2/4)

Interventionen

- sollen zielorientiert sein
 - angeben, im Hinblick auf welche Gesundheitsindikatoren in welchem Zeitraum welche Fortschritte erzielt werden können
- sollen wirksam sein
- sollen auf Dauer angelegt sein
 - Strukturen und Zustände sollen über das Ende der Intervention hinaus existieren
 - sollen darauf zielen, sich selbst (so weit wie möglich) überflüssig zu machen

Soziale und nachhaltige Prävention (3/4)

- sollen verschiedene gesundheitsrelevante Dimensionen einbeziehen und in eine Gesamtstrategie eingebettet sein
 - z.B. Bekämpfung von Armut, Arbeitsschutz, Verbesserung des Wohnumfelds, Bildung, Wissen, gesundheitsbezogenes Verhalten etc.
- sollen gut koordiniert sein
- sollen partizipativ geplant und durchgeführt werden
 - Zielgruppen über alle Stufen des Politikzyklus an den Entscheidungen und Interventionen beteiligt werden

Soziale und nachhaltige Prävention (4/4)

- bedürfen nationaler Pläne sowie effektiver lokaler und regionaler Strukturen
- bedürfen einer kontinuierlichen Beobachtung und einer begleitenden Evaluation/Akzentuierung

Erwartungen an ein Präventionsgesetz (1/2)

- deutliche Erhöhung des Stellenwerts nichtmedizinischer Gesundheitssicherung
- Regelung aller mit öffentlichen Mitteln finanzierter Kampagnen, Projekte, Vorhaben und Interventionen der nichtmedizinischen Primärprävention
- Orientierung an konkreten Präventions- und Gesundheitszielen

Erwartungen an ein Präventionsgesetz (2/2)

- Festschreibung eines Mindestanteils an komplexen, partizipativen hochwertigen Interventionen zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings (zur Erzielung nachhaltiger Präventionserfolge)
- Vernetzung und Strukturbildung auf regionaler Ebene
- gesetzliche Vorgabe einer Verpflichtung zur Qualitätssicherung

Referentenentwurf zum Präventionsgesetz (1/5)

sinnvolle Instrumente

- Maßnahmen zur besseren Koordinierung der beteiligten Akteure
- Erhöhung der Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung

Referentenentwurf zum Präventionsgesetz (2/5)

- Entwurf bleibt hinter internationalen Standards zurück
- „Health in All Policies“ nicht erkennbar
- starke Betonung der Verhaltensprävention
 - unklare Definition des Begriffs „Gesundheitsförderung“
 - schwache Bezugnahme auf *Veränderung von Lebenswelten* („Prävention in Lebenswelten“)
- Gesundheitsziele sehr allgemein
- Ziele zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit nicht präzisiert

Referentenentwurf zum Präventionsgesetz (3/5)

- keine wirksamen Schritte zu einer stärkeren Zielgruppenorientierung (sozial Benachteiligte, Männer)

Referentenentwurf zum Präventionsgesetz (4/5)

- Frage nach Eignung einzelner Instrumente
 - Rolle der BzGA bei der Durchführung von kassenübergreifenden Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung?
 - Landesrahmenvereinbarungen als Instrument zur regionalen Umsetzung von Präventionsmaßnahmen?

Referentenentwurf zum Präventionsgesetz (5/5)

außerdem:

- stärkere Betonung der Rolle von Kommunen wichtig
- stärkere Unterstützung der Kommunen bei der Wahrnehmung von Präventionsaufgaben
- Gelingen regionaler Vernetzung fraglich
- Sozialversicherungsträger (auch: Krankenkassen) tw. überfordert (auch wegen Zentralisierung)

Fazit

- Einstieg in eine Stärkung der Prävention
- aber: Entwurf bleibt in wichtigen Bereichen hinter (internationalen) Standards der Präventionspolitik zurück

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

“Reducing health inequalities will require action on six policy objectives:

- Give every child the best start in life
- Enable all children young people and adults to maximise their capabilities and have control over their lives
- Create fair employment and good work for all
- Ensure healthy standard of living for all
- Create and develop healthy and sustainable places and communities
- Strengthen the role and impact of ill health prevention“

Marmot 2010: 15

Großbritannien (1/3)

- Seit Ende der 1990er Jahre eine Reihe wichtiger Initiativen zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung
- Einrichtung eines Ministeriums für Public Health
- Tackling health inequalities: a programme for action (2003)
 - umfassende Bestandsaufnahme (Acheson Report 1998)
 - innovatives Konzept für verstärkte Prävention und Gesundheitsförderung
 - Einbettung in eine Strategie zur Stärkung sozialer Gerechtigkeit
 - Nationale Strategie zur Armutsbekämpfung

Großbritannien (2/3)

- Verknüpfung mit lokalen Strategien und Partnerschaften vor Ort („Neighbourhood Renewal“)
 - besondere Unterstützung von Familien, Müttern und Kindern
 - quantifizierte Ziele zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit
 - differenzierte Maßnahmen mit Blick auf verschiedene Dimensionen der Ungleichheit (Schicht, Gender, ethnische Zugehörigkeit, Alter)
 - 2005: Umbenennung in National Institute *for Health and Clinical Excellence* (NICE)
 - Entwicklung von Leitlinien für die bevölkerungsbezogene Gesundheitsförderung und Prävention (seit 2005)
-

Großbritannien (3/3)

- deutliche Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands
- Im Wesentlichen keine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit
- vermutlicher Grund:
problembeladenes sozialökonomisches Umfeld
- Marmot-Review „Fair Societies, Healthy Lives“ (2010)
- umfassende Empfehlungen zur weiteren Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit

Schweden (1/2)

- ein an Gesundheitsdeterminanten ausgerichtetes gesundheitspolitisches Konzept („Health on equal terms“) (2003)
- Zentrales Ziel: Abbau gesundheitlicher Ungleichheit
- vermutlich weitestgehende Übereinstimmung mit Anforderungen von WHO und EU
- Betrauung des „National Institute of Public Health“ mit der Sicherstellung und dem Monitoring der Umsetzung
- Nationale Exekutive für Public Health (2003)
 - Koordinierung der Ministerien und der öffentlichen Einrichtungen
 - auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene

Schweden (2/2)

Die politischen Entscheidungsträger sollen sich auf allen Ebenen
Ländern an 11 Zielbereichen orientieren:

Public Health Policy in Schweden – Handlungsfelder

Partizipation und Einfluss in der
Gesellschaft

Schutz gegen übertragbare Krankheiten

Ökonomische und soziale
Lebensbedingungen

Sexualität

Lebensbedingungen in Kindheit
und Jugend

Körperliche Aktivität

Gesundheit in der Arbeitswelt

Ernährung

Environments and products

Drogenkonsum, Risikoverhalten

Health-promoting health services

Schlussfolgerungen für Deutschland (1/4)

- “We simply cannot say for certain that there is a single right way to reduce health inequalities. The content of action will and almost certainly should vary from place to place. Nevertheless, we can say something about the process of action. The more focused and integrated is the cross-government strategy for action, the greater is the probability that health outcomes will change in the desired direction. In addition, policies to reduce health inequalities are likely to be more successful when there is a clear action plan – that can be implemented and monitored – focused on specific targets within realistic timeframes.” (Judge et al. 2006: 34)