

**Gesundheitspolitische  
Rahmenbedingungen  
für die seelische  
Gesundheit –  
Anforderungen an ein  
Präventionsgesetz**

**Dr. Tomas Steffens**  
Diakonisches Werk der EKD

**05.05.2010**

# Gliederung

- Psychische Gesundheit als gesundheitspolitisches Thema?
- Gesundheit und soziale Lage
- Ottawa und die Folgen
- Probleme der Prävention
- Zur Auseinandersetzung um ein Präventionsgesetz

# Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen psychischer Gesundheit?

- Gesundheit wird nicht durch Politik gemacht
- Gadamer: Gesundheit und überhaupt nicht als technisch Hergestelltes, machbares zu verstehen, sie stellt sich vielmehr ein.
- Gleichwohl gibt es förderliches und hemmende Bedingungen für Gesundheit
- Wesentliche Bedingungen für Gesundheit liegen außerhalb des Gesundheitssystems – und außerhalb des politischen Systems, sind aber ein Politikum

# Implizite und explizite Gesundheitspolitik

(nach Rosenbrock)

	<b>Intervention vor Risikoeintritt (Primärprävention)</b>	<b>Nach Risikoeintritt (Krankenversorgung)</b>
<b>Implizite Gesundheitspolitik</b>	Einkommens- und Vermögensverteilung, Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Wohnungs-, Verkehrspolitik etc.	Gesellschaftliche Akzeptanz von Krankheit und Kranken, Bewältigung von Behinderung
<b>Explizite Gesundheitspolitik</b>	Spezifische und unspezifische Prävention	Finanzierung und Steuerung des Systems der Krankenversorgung und der Rehabilitation

## Gesundheitspolitische Problemskizze

- Dominanz chronischer, medizinisch nicht heilbarer, aber vermeidbarer Krankheiten
- Gesundheitliche Ungleichheit
- Defizit Gesundheitsberichterstattung
- Dominanz akutmedizinischer Versorgung
- „Somatische Fixierung“ des Gesundheitswesens
- Vernachlässigung kontextbezogener und ressourcenstärkender Prävention
- Vernachlässigung der Rehabilitation
- Fragmentierte Versorgungsstrukturen und -verläufe
- Problematische Finanzierungsstrukturen
- Herausforderung demographischer Wandel

## Gesundheit und soziale Lage

- Steigen der durchschnittlichen Lebenserwartung und compression of morbidity
- Dominanz chronischer, überwiegend degenerativ verlaufenden Krankheiten
- Aber: Gesundheitsgewinne sind ungleich verteilt – enger Zusammenhang zwischen Klassenlage/Milieu und Gesundheit
- Gesundheitliche Ungleichheit als Resultat von Belastungen und Ressourcen, die mit einer Lebenslage verbunden sind, dem Zugang zu und der Nutzung des Gesundheitssystems und des Gesundheitsverhaltens
- Wichtigste Erklärungsursachen für gesundheitliche Ungleichheit: Arbeitslosigkeit, geringe Bildung, materielle Armut etc.
- Zugleich: Vulnerable Lebenslagen als komplexe Konstellationen

## Gesundheit und soziale Lage

- Zusammenhang gilt bereits im Kindes- und Jugendalter, also in der Phase erhöhter Vulnerabilität und biographischer Weichenstellungen
- gesundheitliche Ressourcen der Familie, der Person und soziale Netzwerke („soziales Kapital“) als moderierende Faktoren
- Rückkoppelung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die soziale Lage: „Krankheit macht arm“ (selektions- bzw. drift-Hypothese)
- Lebensstil nur ein Element des Ursachenkomplexes; wichtige präventionspraktische und -politische Folgerung: beschränkte Wirksamkeit isolierter verhaltenspräventiver Aktivitäten
- Schluss: gesundheitliche Chancengleichheit nicht nur als Thema des Gesundheitssystems, sondern Thema verschiedener Politikfelder

## Soziale Ungleichheit und psychische Störungen

- Größere Prävalenz psychischer Störungen in den unteren Sozialschichten und entsprechende sozialräumliche Verteilung
- Davon zu unterscheiden: schichtenspezifisches Hilfesuchverhalten, unterschiedliche Versorgung (Aufenthaltsdauer, Rehospitalisierungsraten), Rehabilitationschancen
- Von besonderer Bedeutung: schichtenspezifische Inzidenzraten und die Frage, welche ätiologisch bedeutsamen Faktoren hinter der Korrelation zwischen Inzidenzrate und Schichtzugehörigkeit stecken (Häfner)
- Während gesundheitliche Ungleichheit im Allgemeinen zum erheblichen Teil durch ein mehrstufiges Modell i. S. der social causation bzw. stress –Hypothese erklärt wird, haben die Diskussionen etwa um die schizophrene Störung gezeigt, dass auch Argumente für die Selektionsthese sprechen - Hinweis auf evtl. indikationsspezifische Spezifizierungen

## Soziale Ungleichheit und psychische Störungen

- Insbesondere die vorliegenden Daten zur schichtspezifischen Prävalenz psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten schon in Kindheit und Jugend, aber auch Untersuchungen zur Gesundheit Arbeitsloser stützen demgegenüber die social causation Hypothese.
- Die KIGG-Studie des RKI ist zudem in der Lage, in Übereinstimmung mit der sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Forschung, die auf der (Meso-)Ebene der Familie und ihrer sozialstrukturellen Einbettung liegenden Risiko- und Schutzfaktoren anzugeben, die makrostrukturell ungleich verteilt sind.
- Weitere Stützung der social causation These durch Geburtskohortenvergleich im Bundesgesundheitsurvey (Mauz, Jacoby 2008): In der jüngsten Kohorte: stärkerer Zusammenhang zwischen Sozialschicht und psychischen Störungen, es deutet sich an, dass von einer evtl. Zunahme psychischer Störungen die unteren sozialen Schichten besonders betroffen sind

## Soziale Ungleichheit und psychische Störungen

- Plausible Gründe können sein: Materielle Lage, soziale Einbindung/soziales Kapital, Selbstwertgefühl, Ohnmachterfahrungen, Zeitstrukturierung; alltäglich chronischer Stress; bei Erwerbstätigkeit: hohe Anforderungen bei geringen Entscheidungsspielräumen, mangelnde soziale Unterstützung und Anerkennung, generell geringere Schutz- bzw. Bewältigungsressourcen
- Angermeyer/Klusmann (1987): „The social causation – social selection debate has ended in deadlock oder has been decided in favor of the social selection hypothesis“
- Vor dem Hintergrund nicht eindeutiger Befunde: Pladoyer für eine methodologisch sensible Wiederaufnahme der Forschung zum Thema soziale Lage/psychische Gesundheit

# Soziale Ungleichheit und psychische Störungen

- Hypothese: Im Anschluss an sozialwissenschaftliche Gesellschaftsdiagnosen könnten als Risikofaktoren gelten ein Syndrom aus:
  - Materielle Deprivation
  - Anomie und Fatalismus (Dürkheim)
  - Geringe Partizipation und Entfremdung
  - Geringes soziales „Kapital“
- Gesundheitsfördernd ist dagegen eine egalitär ausgerichtete und Partizipation ermöglichende Gesellschaftsgestaltung

## Ottawa (1986) und die Folgen

Gesundheit entsteht dadurch,

„dass man für sich und andere sorgt, dass man in der Lage ist, selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen Bürgern Gesundheit ermöglichen. Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“.

## Ottawa-Charta der WHO (1986)

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.

In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel.

Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten.

Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.

## Ottawa-Charta der WHO (1986) Gesundheitsbegriff

Aspekte des Begriffs der Gesundheit:

- Körperliche, psychische und soziale Dimension
- Individuen/Kompetenzen und gesellschaftliche Strukturen
- Alltagsorientiert
- enger Zusammenhang zur Partizipation und Selbstbestimmung
- positives Konzept - Salutogenese – Belastungs-Bewältigungsmodell
- Nähe zur ICF: funktionale Gesundheit -Teilhabe als Kriterium

## Ottawa-Charta der WHO (1986) - Forderungen

- Sektorenübergreifende gesundheitsfördernde Gesamtpolitik
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktivitäten
- Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste

## Ottawa-Charta der WHO (1986) – vier Handlungsstrategien

- Voraussetzungen schaffen für Gesundheit
- Interessen anwaltschaftlich vertreten
- Menschen befähigen, ihr Gesundheitspotenzial auszuschöpfen
- Vermitteln und vernetzen

# Prävention – Begriffe und Aufgaben

- Gegenstandsbereiche: gesundheitliche Ungleichheit und Chronizität
- Interventionsphasen: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention
- Prävention und Gesundheitsförderung:
  - Walter/Schwartz (1998) (siehe aber auch: 13. KJB):  
„Prävention (Krankheitsverhütung, lat. praevenire: zuvorkommen) sucht - anders als die Gesundheitsförderung - eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern.“
  - Rosenbrock: Primärprävention als Risikosenkung ist das Ergebnis der Senkung von Belastungen und der Stärkung von Ressourcen; Primärprävention als Handlungsfeld, Gesundheitsförderung als Querschnittsthema
- Ebenen: Verhältnis- und Verhaltensprävention
- Zielgruppen: Bevölkerungs- und Hochrisikostategie (universelle/selektive Prävention)
- Instrumente: sozial und medizinisch
- Akteursvielfalt

## **Ottawa und die Folgen – ein modernes Präventionsverständnis**

- Senkung von Belastungen und Stärkung von Ressourcen
- Aufwertung unspezifischer Interventionen
- Priorität für Kontextbeeinflussung / Lebenswelt- und Sozialraumbezug / Setting-Ansatz
- Priorität für Partizipation
- Orientierung an den wichtigen Bestimmungsfaktoren von Gesundheit
- Salutogenetische Perspektive: Was hält Menschen gesund?
- „Ganzheitlicher“, auf Teilhabe ausgerichteter Gesundheitsbegriff (vgl. auch ICF)
- Verhalten und Verhältnisse
- Interdisziplinär, Ressort übergreifend

## Ottawa-Charta der WHO (1986) - Setting-Ansatz

Ein Setting ist ein durch formale Organisation, durch regionale Situation oder durch gleiche Erfahrung oder gleiche Lebenslage oder gemeinsame Werte bzw. Präferenzen definierter, relativ dauerhafter (...) Sozialzusammenhang, von dem wichtige Impulse bzw. Einflüsse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen oder auf Gesundheitsressourcen sowie auf (alle Formen der) Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastungen und Ressourcen) ausgehen können.“ (Rosenbrock)

# Gesundheitsförderung

- Gesundheitsförderung: Querschnittsaufgabe der Vermehrung individueller und sozialer „Ressourcen“
- Stärkung gesundheitlicher Ressourcen:
  - bessere Bewältigung gesundheitlicher Belastungen
  - Vergrößerung individueller Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens
  - Entwicklung von Handlungskompetenzen um gesundheitsbelastende Strukturen und Verhaltensweisen zu verändern

# Gesundheitsförderung im Sozialraum

Sozialraum als

- gesundheitsförderlich zu gestaltendes Setting - Sozialraum als soziale Dimension „eigenen Rechts“
- Handlungsfeld der lebenslagen- und verhältnisbezogenen Prävention - als verräumlichte Sozialstruktur und Erfahrungsraum
- als Setting, in dem Prävention stattfindet - settingorientierte Verhaltensprävention insbesondere mit „Hochrisikogruppen“
- als politisches und administratives Feld wahrnehmen und mitgestalten
- als „Versorgungs“region begreifen

## Sozialraumorientierung

- Arbeitsprinzip der kleinräumigen Neujustierung des fachlichen Handelns zur Verbesserung der Angebote der Sozialen Arbeit
- als Ermöglichung und Gestaltung von Lern und Erfahrungsfelder für subjektive und soziale Aneignungs-, Lern- und Partizipationsprozesse
- als administrativ begründete Hinwendung zu Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf
- als allgemeines Fachkonzept zur besseren Entwicklung und Steuerung von Angeboten sowie zur Gestaltung von Lebenswelten und Arrangements in Wohngebieten (Spatscheck)

# Sozialraum - Gemeinwesendiakonie - Leitlinien, Optionen

## ■ Leitlinien

- Vorrangige Option für die Armen
- Notlagenprävention durch Gemeinwesendiakonie
- Von „Kirche für andere“ zu Kirche mit anderen“
- Ganzheitliches diakonisches Profil im Gemeinwesen

## ■ Optionen der Gemeinwesendiakonie

- Option für benachteiligte Gemeinwesen
- Option für Gemeinwesenarbeit
- Option für Kooperation
- Option für Nachhaltigkeit

(nach: Handlungsoption Gemeinwesendiakonie, Diakonie-Texte, Positionspapier 12.2007)

## Defizite von Prävention und Gesundheitsförderung

- Unzureichende Abstimmung von Präventionszielen
- Unzureichende Ausrichtung auf Zielgruppen (sozial benachteiligte Menschen)
- Dominanz von Ansätzen, die verhaltensbezogene Gesundheitsrisiken aufgreifen (oftmals bestenfalls Gesundheitsförderung im Setting statt Entwicklung gesundheitsförderlicher settings) - „Darwinsches Gesetz der Prävention“ (H. Kühn)
- wenig geschlechtersensibel
- Informations-, Kooperations- und Koordinationsprobleme (Problemwahrnehmung, Priorisierung, Entwicklung früher und vernetzter Angebote, Sicherstellung der Finanzierung, Durchführung und Evaluation)

## Defizite von Prävention und Gesundheitsförderung

- Mangelhafte Verknüpfung des Gesundheitssystems mit anderen Systemen und ihren Trägern – Diagnose “organisierte Verantwortungslosigkeit“ (Reiners)
- Konzeptionelle Abstimmungsprobleme: Bsp. Frühförderung / Frühe Hilfen / Primärprävention im Sozialraum
- Programme zu entwickeln, insbesondere für Stadtteile mit hohem Anteil sozial benachteiligter Menschen
- Mangelnde Abstimmung von Strategien bezogen auf Individuen, Setting und Bevölkerung – durch Information, Beratung, Aufklärung oder Beeinflussung des Kontextes
- Kurzfristförderung (Projektitis)
- Unzureichende Qualitätssicherung und Evaluation
- Mangelhafte rechtliche, institutionelle und finanzielle Verankerung - wiederholtes Scheitern eines Präventionsgesetzes auf Bundesebene

# Primärprävention Typologie

(nach Rosenbrock)

	<b>Information, Aufklärung, Beratung</b>	<b>Beeinflussung des Kontextes</b>
<b>Individuum</b>	z.B. Ärztliche Gesundheitsberatung, Gesundheitskurse	z.B. Präventiver Hausbesuch
<b>Setting</b>	z.B. Anti-Tabak-Aufklärung in den Schulen	z.B. betriebliche Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung
<b>Bevölkerung</b>	z.B. „Esst mehr Obst“, „Sport tut gut“	z.B. HIV/Aids-Kampagne, Trimming

## Streit um ein Präventionsgesetz – Stationen

- Verabschiedung eines Präventionsgesetzes 2005 im Bundestag – dann Auflösung des Parlaments und Neuwahl
- Arbeitsentwurf des BMG 2008
- Anhörung der Oppositionsparteien 2008
- Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der SPD-Bundestagsfraktion (DS 17/845 vom 25.02.2010) „Stärkung der gesundheitlichen Prävention“: Präventionsgesetz wird nicht weiterverfolgt

## Streit um ein Präventionsgesetz – Konfliktfelder

- Konzeptionelle Aspekte:
  - Beschränkung auf soziale Primärprävention?
  - Problembezug gesundheitliche Ungleichheit?
  - Rolle des Settingansatzes
  - Festlegung von Präventionszielen, Zielgruppen und Kampagnen
  - Zuständigkeiten für Präventionsforschung, -berichterstattung und Qualitätssicherung regeln
- Organisatorische Aspekte:
  - Entscheidungsgremien auf Bundes- und Landesebene
  - Kompetenzabgrenzungen Bund, Ländern, Kommunen
  - Einbeziehung von Trägern der Sozialversicherung und Kompetenzabgrenzungen

## Streit um ein Präventionsgesetz – Konfliktfelder

- **Finanzielle Aspekte:**
  - Finanzvolumen und seine Finanzierung (aus den Sozialversicherungen oder Steuermittel)
  - Beteiligung des Bundes und der Länder, Auswirkungen auf die Kommunen
  - Frage der Verwendung von Beitragsmitteln
  - Einbeziehung der PKV
- **Zusätzliche rechtliche Aspekte:**
  - Sozialgesetzbuch/ Artikelgesetz
  - Angleichung der Bestimmung in den Sozialgesetzbüchern oder mehr

## Diakonische Positionen zu einem Präventionsgesetz

- Regulierung der sozialen Primärprävention und Gesundheitsförderung
- Ziel: Verringerung sozial bedingter Ungleichheiten der Gesundheitschancen und die Förderung von gleichberechtigter und selbstbestimmter Teilhabe durch Zugang zu gesunden und gesundheitsförderlichen Lebenswelten sein
- Vorrangig durch Interventionen in Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betrieben und im Wohnquartier
- Gesundheitsförderung und Primärprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgaben, finanzielle Beteiligung neben den Sozialversicherungsträgern auch Bund, Länder und Kommunen. Finanzielle Beteiligung der privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist unabdingbar
- Keine Versicherungsmittel in die Vorhaltung der Infrastruktur der Präventionsträger
- Zur konzeptionellen und finanziellen Steuerung: stabile Kooperationsstrukturen auf Bundes- und Landesebene unter Nutzung der bereits bestehenden Plattformen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheit/Regionale Knoten)

# Diakonische Positionen zu einem Präventionsgesetz – und Schluss

- Prävention und Gesundheitsförderung stehen schwierigen fachlichen, politischen und zugleich ethischen Problemen, bei denen es im Kern um das Verhältnis zwischen Prävention - insbesondere bei „benachteiligten Bevölkerungsgruppen“ - und lebenspraktischer Autonomie geht („Darwinsches Gesetz der Prävention“ / „Healthismus“)
- Ein neuer Ansatz zur Institutionalisierung durch ein Präventionsgesetz ist eine Voraussetzung dafür, Prävention lebenslagen-, sozialraum- und teilhabeorientiert zu verankern und
- unterschiedliche Akteure verschiedener (sozialrechtlich definierter) Systeme bei der Verfolgung abgestimmter Ziele zur Kooperation zu bewegen

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

**Dr. Tomas Steffens**  
**[steffens@diakonie.de](mailto:steffens@diakonie.de)**  
**030 83001 - 361**