

Prävention: Gesetzentwurf nur ein Papiertiger

Stellungnahme von DGVT und GNMH: Gesamtgesellschaftliche Verantwortung nicht erkennbar – Strukturelle Probleme

Jeder Versuch, Präventionsstrategien (auch per Gesetz) zu schaffen, ist begrüßenswert. Doch leider ist der vorgelegte Referentenentwurf eben nur ein Versuch, der qualitativ sogar weit hinter dem schon umstrittenen und gescheiterten Entwurf von 2005 zurückbleibt. Aus Sicht der DGVT und des GNMH (German Network for Mental Health) sind folgende Punkte stark verbesserungswürdig:

1. Der Gesetzesentwurf kommt seiner gesamtgesellschaftlichen Verantwortung aus folgenden Gründen nicht nach:
 - a. Eine alle gesellschaftlichen Ebenen umfassende Strategie wird nicht erkennbar.
 - b. Die Beschränkung auf den § 20 SGB V kann dieser Verantwortung in keiner Weise gerecht werden - weder vom Geist und der Zielsetzung dieses Paragraphen noch von seinem Finanzvolumen aus betrachtet. Im Entwurf von 2005 waren wenigstens noch andere Sozialgesetzbücher mit angesprochen (leider auch da nicht im notwendigen Umfang). Dabei ist zu bedenken, dass der Entwurf von 2005 u.a. auch deshalb gescheitert ist, weil die Krankenkassen eine zu einseitige Belastung erwartet haben.
 - c. Die Konzentration der Verantwortung in der BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) und der „Ständigen Präventionskonferenz“ zur Stärkung der Handlungsfähigkeit ist im Prinzip zu begrüßen; dies ist aber zu zentralistisch und sorgt zu wenig für eine kommunale und föderale Strukturfestigung, auch wenn ein gewisse Breite der zu beteiligenden Organisationen erkennbar wird. Allerdings dürfen sie zwar mitreden, aber in die Verantwortung werden sie letztendlich nicht genommen. Letztlich wird um die Krankenkassen bzw. den Spitzenverband der Krankenkassen herum ein Gesundheitsförderungs- und Präventionsmonopol aufgebaut, der Gesundheitsziele oder auch einheitliche Qualitätskriterien definieren soll. Regionale betriebliche Koordinationszentren deuten ein kommunales Interesse an, sie können aber nicht für regionale Präventionskonferenzen oder Gesundheitsforen stehen.
 - d. Es sind dementsprechend keine Anzeichen erkennbar, dass es innerhalb der Gesamtversorgung auch zu einer Umschichtung des Leistungsspektrums hin zur Prävention kommen soll.
 - e. Die Eindimensionalität des Entwurfes als eine stark medizinisch geprägte Kategorie ist eine unverantwortliche Reduktion des Präventionsgedankens weg von gesellschaftlichen Realitäten, gewachsenen Risiken und Belastungen sowie pathogener Verhältnisse hin zu einer eher biologischen und individualistischen bzw. stark auf Selbstverantwortung des

Einzelnen beruhenden Konzeption. Sie führt auch zu einer unverantwortlichen Überlastung von Ärzten (hier vor allem Betriebs- und Kinderärzte).

- f. Die Reduktion von präventiven Maßnahmen auf die betriebliche Ebene ist angesichts der in unserer Gesellschaft vorkommenden Risiken wie Armut, soziale Ungerechtigkeit, Exklusion, Zerfall von Gemeinschaften, Belastungen durch Migration und unzureichend funktionierende Sozialisationseinrichtungen nicht tragbar. Es sind vor allem die sozial-räumlich bestimmbar Lebenswelten und spezifischen Settings auch nichtbetrieblicher Art, in denen sich der Alltag der Menschen vollzieht. Dies müssten die zentralen Bezugspunkte gesundheitsförderlicher Maßnahmen sein.
 - g. Es deutet sich auch an, dass Erfolge vor allem auch über medial getragene Aufklärungskampagnen erzielt werden sollen. Wissenschaftliche Erkenntnisse lehren aber, dass Aufklärung zwar notwendig, aber für sich genommen wenig wirksam ist.
 - h. Auch wurde versäumt, die Präventionsaufgaben hinreichend über die Lebensspanne zu verorten, obgleich die Entdeckung früher Hilfen bei kleinen Kindern im Prinzip begrüßenswert ist. Berücksichtigt man die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Wirksamkeit früher Hilfen bei Kindern, dann werden die Möglichkeiten entsprechender Maßnahmen möglicherweise heillos überschätzt.
 - i. Aus Sicht der DGVT und des GNMH fehlen vor allem Hinweise zur besonderen Notwendigkeit der Förderung der psychischen Gesundheit; dies ist alleine durch die epidemiologischen Daten aus Krankenkassenberichten, aber auch durch Meta-Studien hinreichend begründet. Zudem wurde versäumt, die Bedeutung einer Präventionsstrategie zu definieren, welche von einer Wechselwirkung körperlicher und seelischer Erkrankungen ausgeht.
2. Erkennbar sind auch strukturelle Probleme in diesem Entwurf:
- a. Wie das Zueinander von Krankenkassen und BZgA aussehen soll, bleibt unklar. Es deuten sich Abhängigkeitsverhältnisse der BZgA von den Krankenkassen an.
 - b. Die Aufgaben der „Ständigen Präventionskonferenz“ sind unzulänglich definiert. Sie sollte in der Lage sein, evidenzbasierte, effektive, zertifizierte Präventionsmaßnahmen in einer Datenbank zu charakterisieren und zielgenau auf spezifische Bedarfslagen, z.B. innerhalb einer kommunalen Präventionskette, zu empfehlen/platzieren. Diese Service-Funktion muss stärker gemacht werden, sonst entsteht wieder nur ein neues "Berichtswesen".
 - c. Gravierender ist aber, dass der Entwurf die Ungleichverteilung von Notwendigkeit der Prävention etwa bei sozial ausgegrenzten Gruppen, Frauen und Männern, Kindern und alten Menschen nicht hinreichend anspricht.

Bleibt zu hoffen, dass die Diskussion um diesen Referentenentwurf, der seiner Zielsetzung nicht gerecht wird, wenigstens wieder eine fundierte Diskussion zur Zukunft der Prävention in Gang setzt.