

Antrag

der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, Katja Kipping, Azize Tank, Kathrin Vogler, Harald Weinberg, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Gesundheitsförderung und Prävention zielen darauf ab, für alle und jeden die gesunde Lebenserwartung, also die Zahl guter, gesunder Jahre im Leben zu erhöhen. Sozial Benachteiligte oder Menschen mit niedrigem Sozialstatus haben hier deutlich geringere Chancen. Menschen aus der unteren Einkommensschicht haben in jedem Lebensalter – von der Kindheit bis zum Tod – ein doppelt so hohes Risiko wie wohlhabende Menschen, ernsthaft krank bzw. zum Pflegefall zu werden oder vorzeitig zu sterben. Schwere Erkrankungen zeigen sich in der oberen Einkommensgruppe rund vier Jahre später – ein deutlicher Zugewinn an Lebensqualität. Der Unterschied zwischen Arm und Reich in der Sterblichkeit und bei den gesunden Lebensjahren nimmt nicht etwa ab – er hat sich nach zehn Jahren Hartz IV und Sozialstaatsabbau deutlich vergrößert. Deshalb ist die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit eine der zentralen politischen Herausforderungen.

In der Politik der Bundesregierung, aber auch der EU, ist die Beschäftigung mit Gesundheitsförderung und Prävention meist ökonomisch motiviert. Sie sollen dazu dienen, Behandlungskosten zu begrenzen, Arbeitgeber und Sozialversicherungen zu entlasten oder den Fachkräftebedarf der Unternehmen zu sichern. Auch das aktuell vorgelegte Präventionsgesetz der Bundesregierung wird auf diese Weise begründet. Als Menschen- und Grundrecht ist Gesundheit aber ein Ziel an sich, kein Mittel zum Zweck. Der UN-Sozialpakt von 1973, den die Bundesrepublik Deutschland ratifiziert hat, schreibt das Recht eines jeden Menschen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit fest. Gesundheit bezeichnet danach das vollständige geistige, soziale und körperliche Wohlergehen der Menschen.

Der größte Teil der gesundheitlichen Ungleichheit erklärt sich aus der sozialen Position selbst. So wirken sich die Arbeits- und Wohnbedingungen sowie der unterschiedliche Zugang zur Gesundheitsversorgung direkt auf den Gesundheitszustand aus. Zudem muss Gesundheitsförderung Aufgabe aller Politikbereiche sein und in der Wirtschafts-, Arbeitsmarkt-, Beschäftigungs-, Sozial-, Bildungs-, Sport-, Umwelt-, Verkehrs-, Verbraucherschutz-, Ernährungs-, Wohnungs- und Gesundheitspolitik umgesetzt werden (siehe „Health in all policies“-Ansatz der 8. WHO Global Conference on Health Promotion 2013).

Informationskampagnen zur Verhaltensänderung blenden die gesellschaftliche Realität sowie die individuelle Situation der Menschen meist aus und bewirken erwiesenermaßen kaum Verhaltensänderungen – und wenn, dann allenfalls bei den Menschen, die bereits gesundheitsbewusst leben („Präventionsdilemma“). Sozial Benachteiligte werden nachweislich nur wenig erreicht.

In der Erklärung von Jakarta 1997 wird Gesundheitsförderung als Prozess gesehen, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und diese durch Beeinflussung der Bedingungen zu verbessern. Die Menschen müssen an der Planung, Gestaltung und Umsetzung aktiv beteiligt werden. Sie sind als Expertinnen und Experten ihrer ganz unterschiedlichen Lebenswelt anzuerkennen. Das bedeutet, sich aus der Position des Besser-Wissens zu verabschieden und Menschen nicht als Erziehungsobjekte zu behandeln, sondern als Partnerinnen und Partner mit dem Recht auf Teilhabe und Mitsprache. Partizipation ist eine Schlüsselgröße für Gesundheitsförderung.

Erfolgreiche Gesundheitsförderung setzt in den Lebenswelten (Settings) der Menschen an – Kindertagesstätten, Schulen, Arbeitswelt, Dorf, Kiez, Stadt- oder Ortsteilen. Diese Lebenswelt sollen sie nach ihren Maßgaben verändern und so gesundheitsförderliche Umgebungen und Lebensbedingungen schaffen. Beispiele dafür können etwa Initiativen zur Lärmreduktion im Wohnumfeld oder die kinderfreundliche Ausgestaltung des Stadtteils sein. Kitas können bewegungsfreundlich und als Räume für interkulturellen Austausch gestaltet werden, gemeinsam mit den Beteiligten. Im betrieblichen Bereich ist die Reduzierung von Arbeitsbelastungen und Stress aufgrund der Dauer und Lage der Arbeitszeit sowie Arbeitsverdichtung und prekäre Beschäftigung vorrangiges Ziel, um gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu schaffen (vgl. Antrag Bundestagsdrucksache Nr. 17/11042).

Die Gesundheit der Menschen wird maßgeblich durch ihre Ressourcen bestimmt. Teilhabe am Leben, gute Bildung, gute Arbeitsbedingungen und stabile Beziehungen führen zu Ressourcen, die es Menschen ermöglichen, gesund zu bleiben. Deshalb nimmt moderne Gesundheitsförderung die Ressourcen der Menschen in den Blick und nicht nur die Verminderung von Krankheiten, Pflegebedürftigkeit oder Gesundheitsbelastungen.

Und sie muss an der sozialen Lage ansetzen. Kinderarmut und Elternarmut stehen im engen Zusammenhang. Bereits die Neugeborenen von sozial benachteiligten Eltern wiegen durchschnittlich weniger und sind kränker als die von gutsituierten Eltern. Darüber hinaus wirkt sich die Armut von Kindern besonders in ihren Lebenswelten aus. Sie werden von Teilhabe in vielfältigen Bereichen auf Grund ihrer finanziellen Armut ausgeschlossen (Geburtstage, weil sie mit Geschenken nicht mithalten können, keine Freunde einladen, wegen ärmlicher Wohnverhältnisse, Ersatz von Schulmaterial ist oft erst möglich, wenn wieder Geld da ist usw.). Die Entwicklung einer positiven Selbstwahrnehmung ist für diese Kinder ungleich schwieriger und damit auch der Erwerb positiver Bewältigungsstrategien.

Damit alle Menschen in der Lage sind, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen, müssen bestehende sozial bedingte Unterschiede des Gesundheitszustandes verringert sowie gute Entwicklungsmöglichkeiten und -voraussetzungen für alle geschaffen werden. Gesundheitsförderung und Prävention sind konsequent an diesem Ziel auszurichten.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

den Entwurf eines Gesetzes zur Gesundheitsförderung und nichtmedizinischen Prävention vorzulegen, der folgende Eckpfeiler umfasst:

1. eine integrierte und koordinierte Gesamtstrategie zur Verringerung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit in folgendem Sinn:

- a) Gesundheitsförderung und nichtmedizinische Primärprävention werden als gesamtgesellschaftliche Aufgaben anerkannt und dementsprechend ausgestaltet. Sie sollen die Gesundheit der gesamten Bevölkerung verbessern und dazu beitragen, die sozial-, geschlechts-, behinderungs- und migrationsbedingten Unterschiede in den Gesundheitschancen zu verringern.
 - b) Eine gesundheitsförderliche Politik muss darauf zielen, die Ursachen sozialer Ungleichheit und Armut zu beseitigen. Gleichzeitig sind alle Gesetzentwürfe einer Prüfung zu unterziehen, welche Auswirkungen sie auf die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen haben.
 - c) Die Maßnahmen sind an bundeseinheitlichen Gesundheitszielen auszurichten, die für an der Gesundheitsförderung Beteiligte verbindlich sind.
 - d) Die nichtmedizinische Primärprävention ist im Fokus von Gesundheitsförderung vorzunehmen. Mindestens zwei Drittel der Ausgaben müssen in Projekte und Programme mit lebensweltbezogenen Maßnahmen fließen.
 - e) Für eine wirksame Gesundheitsförderungs politik ist eine funktionsfähige, flächendeckende und barrierefreie Infrastruktur zu schaffen. Wissenschaftlich evaluierte Modellprojekte, die ihre hohe Wirksamkeit bewiesen haben (Leuchtturmprojekte), müssen verstetigt und in der Fläche umgesetzt werden. Die Aktivitäten sind unter dem Oberziel der Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit zu bündeln.
 - f) Gesundheitsförderung und nichtmedizinische Primärprävention müssen sich an der Lebenslaufperspektive ausrichten. Gesundheitsförderung ist als teilhabeorientierte Praxis zu gestalten.
 - g) Die Evaluation und Qualitätssicherung von Maßnahmen zu Gesundheitsförderung und nichtmedizinischer Primärprävention werden verbindlich verankert. Die entsprechenden Maßnahmen sind auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen. Die Befunde werden zentral ausgewertet und dienen der Qualitätsverbesserung und Weiterentwicklung künftiger Maßnahmen.
 - h) Eine umfassende und systematische wissenschaftliche Forschung zur Verbesserung des Wohlbefindens und der Gesundheit der Bevölkerung sowie zur Verringerung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit ist zu fördern. Dazu sind anerkannte, moderne Public-Health-Strategien wie Lebenswelt-, Empowerment-, Salutogenese- und Ressourcenansätze in den Fokus der Forschung zu rücken und weiterzuentwickeln. Horizontale und vertikale Faktoren sozialer Ungleichheit wie Alter, Geschlecht, Migration, Behinderung, Bildung und Einkommen sind zentral in der Forschung zu berücksichtigen.
2. eine vernetzte Organisationsstruktur:
- a) Es ist eine Koordinierungs- und Entscheidungsstelle auf Bundesebene zu schaffen, die organisatorisch an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angebunden wird und die über eigene finanzielle Mittel im Rahmen eines von Bund, Ländern und Beiträgen der Sozialversicherungen sowie aller privaten Kranken- und Pflegeversicherungen finanzierten Fonds verfügt. Dem Gremium gehören insbesondere Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft, der Finanzierungsträger, der Leistungserbringer im Gesundheits- und Pflegesystem, der kommunalen Spitzenverbände, der Gewerkschaften, der Sozialverbände sowie von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen an. Zentral werden durch diese Stelle bundeseinheitliche und verbindliche Gesundheitsziele festgelegt, Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Präventionsforschung gegeben und die Qualitätsberichte zusammengeführt.
 - b) Von den politischen Akteuren auf Bundes-, Länder- und Kommunalebene sind Strategien zu entwickeln, wie partizipative Entscheidungsstrukturen

von der Konzeption von Projekten und Programmen der Gesundheitsförderung und nichtmedizinische Primärprävention bis hin zur Qualitätssicherung gewährleistet werden können.

- c) Vorhandene bewährte Strukturen auf Landesebene und kommunaler Ebene wie die öffentlichen Gesundheitsdienste sind so weiterzuentwickeln, dass sinnvolle und integrierende Präventionsmaßnahmen verstetigt und damit institutionell anerkannt werden können. Hierfür ist ein entsprechendes Zusammenwirken von Bund, Ländern und Kommunen notwendig. Der Grad der Vernetzung ist zu erhöhen.
 - d) Ein Präventionsbericht ist von der Koordinierungs- und Entscheidungsstelle auf Bundesebene alle vier Jahre dem Bundestag vorzulegen.
3. folgende Prämissen in der Finanzierung:

Die gesamtgesellschaftliche Verantwortung muss in der Finanzierung von Maßnahmen, die den Gesundheitszustand der Bevölkerung nachhaltig bewahren und anzuheben helfen, zum Ausdruck kommen. Bund und Länder müssen sich ebenso wie die Sozialversicherungszweige und die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen an einem Fonds zur Gesundheitsförderung und nichtmedizinischen Primärprävention beteiligen. Zusätzlich sind zum Start aus dem Bundeshaushalt in den nächsten vier Jahren jeweils 1 Mrd. Euro in den Fonds einzuzahlen.

Von den Gesamtmitteln des Fonds können 75 Prozent von der kommunalen Ebene abgerufen werden. Den Kommunen dürfen keine zusätzlichen Kosten auferlegt werden.

Nach Abschluss der Aufbauphase ist der Finanzierungsbeitrag des Bundes für die Folgejahre rechtzeitig festzulegen und eine Mindesthöhe zu verstetigen.

Zu prüfen ist, ob über eine zweckgebundene Abgabe die Industriezweige an der Finanzierung beteiligt werden, die beträchtliche Gesundheitsrisiken hervorrufen. Die Arbeitgeber sind an den Kosten für die betriebliche Gesundheitsförderung verpflichtend zu beteiligen.

Berlin, den 17. März 2015

Dr. Gregor Gysi und Fraktion