

ZUM THEMA

Armut macht krank – Was kann man dagegen tun?

Gesundheitsbeirat beschäftigt sich mit Strategien der Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Wer arm ist, hat auch in einem reichen Land wie Deutschland eine kürzere Lebenserwartung und ein höheres Krankheitsrisiko als der Durchschnitt der Bevölkerung. Dass Gesundheit immer noch stark von Faktoren wie Bildung, Einkommen und sozialer Schicht abhängt, ist lange bekannt. Doch was kann man dagegen tun? Kann das geplante Präventionsgesetz, das die Bundesregierung noch 2014 verabschieden möchte, hier etwas bewirken? Welche Aufgaben müssen die Kommunen, die Krankenkassen und die Ärzteschaft bei der Gesundheitsförderung übernehmen? Wie erreicht man die Zielgruppen, die es am nötigsten haben? Mit diesen Fragen beschäftigte sich der Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München Mitte Februar bei seiner Veranstaltung „Denkanstöße: Gesundheitsförderung in Lebenswelten.“

Als Referent war der Berliner Gesundheitswissenschaftler und Vorsitzende des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Prof. Dr. Rolf Rosenbrock eingeladen. Rosenbrock gab in seinem Vortrag einen allgemeinen Überblick über das Thema Prävention und Gesundheitsförderung: angefangen bei den Gründen für Präventionsmaßnahmen über die verschiedenen Formen von Gesundheitsförderung bis hin zu den Perspektiven dieses Zweiges der Gesundheitspolitik. Wie Rosenbrock erklärte, werde Gesundheitspolitik häufig zu eng verstanden als „Steuerung und Finanzierung der medizinischen Versorgung“. Gesundheitspolitik sei aber viel mehr, nämlich das „gesellschaftliche Management von Gesundheitsrisiken vor und nach ihrem Eintritt“, also Maßnahmen sowohl in der Prävention, als auch in der Krankenversorgung. Die Notwendigkeit der Prävention lasse sich zwar schon mit dem plausiblen Motto „Vorbeugen ist besser als heilen“ gut begründen. Darüber hinaus zeige aber auch ein Blick auf gesundheitliche Entwicklungen der letzten Jahre, warum Prävention und Gesundheitsförderung in Zukunft eine noch größere Rolle in der Gesundheitspolitik spielen muss.

Die aktuelle gesundheitliche Lage in den Industrienationen ist nach Darstellung von Rosenbrock schon seit längerem durch drei „Megatrends“ gekennzeichnet: Erstens lässt sich seit Jahren eine steigende Lebenserwartung beobachten, wobei die Menschen im Durchschnitt auch gesünder älter werden. „Das ist nur zu etwa einem Drittel dem medizinischen Fortschritt zu verdanken, zwei Drittel dieser positiven Entwicklung sind auf eine Verbesserung der Lebensumstände und

auf ein allgemein höheres Bildungsniveau zurückzuführen“, erläuterte Rosenbrock. Als zweiten Megatrend nannte der Gesundheitswissenschaftler eine Dominanz von chronischen, überwiegend degenerativ verlaufenden Erkrankungen, die durch Prävention und Gesundheitsförderung häufig vermeidbar wären, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, COPD, Muskel-Skelett-Erkrankungen oder psychische Leiden. Der dritte Trend sei eine zunehmend sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen. Männer mit einem sehr geringen Einkommen haben in Deutschland eine durchschnittlich um 10,8 Jahre geringere Lebenserwartung als ihre Geschlechtsgenossen mit hohem Einkommen. Bei Frauen beträgt der Unterschied durchschnittlich 8,4 Jahre. Verantwortlich für diese Differenz sei bekanntermaßen unter anderem ein gesundheitsriskanteres Verhalten wie beispielsweise starkes Rauchen, Bewegungsmangel und schlechte Ernährung, sagte Rosenbrock. Deswegen sei Verhaltensprävention wichtig, diese sei aber nicht so leicht anzugehen. Allerdings hätten Personen mit geringem Einkommen auch unabhängig von einem gesundheitsriskanteren Verhalten statistisch gesehen höhere soziale und gesundheitliche Risiken, die beispielsweise auf Fehlanreize durch die Peer-Group und gesundheitliche Belastungen aus der sozialen und physischen Umwelt zurückzuführen seien. Eine „implizite Gesundheitspolitik“ wie Arbeitsmarktpolitik, Familienpolitik, Bildungspolitik und Sozialpolitik habe daher einen größeren Einfluss auf das Gleichgewicht der Gesundheitschancen als die explizite Gesundheitspolitik, so der Gesundheitswissenschaftler, der gleichzeitig lobte, dass in Deutschland jedem – unabhängig

vom Einkommen – eine ausgezeichnete Krankenbehandlung zur Verfügung stehe.

Die genannten drei Megatrends machten deutlich, warum Prävention und Gesundheitsförderung dringend nötig ist und in Zukunft ausgebaut werden muss, sagte Rosenbrock. Als klassische Interventionen nach dem State-of-the-art der Primärprävention nannte der Gesundheitswissenschaftler einerseits Belastungssenkung und andererseits Ressourcenförderung. Diese beiden Interventionen funktionierten dann am besten, wenn man versuche, nicht nur die Menschen selbst, sondern auch den Kontext ihres Verhaltens zu beeinflussen – zum Beispiel in Kitas, in Schulen, in Betrieben, in Stadtteilen oder in Freizeiteinrichtungen. „Es reicht nicht, Prävention auf die traditionellen Instrumente Information, Aufklärung und Beratung zu beschränken“, sagte Rosenbrock. Gesundheitsfördernde Ansätze müssten von Anfang an auch die Rahmenbedingungen des Verhaltens berücksichtigen, um wirksam zu sein. Dies sei allerdings komplex, teuer und mit größerem politischen Aufwand verbunden als klassische Beratungsangebote und Plakatkampagnen.

Wie der Gesundheitswissenschaftler berichtete, orientieren sich moderne Präventionskonzepte daher an dem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) so genannten „Setting-Ansatz“, im deutschen Sprachraum auch als „Lebenswelten-Ansatz“ bekannt. Ein klassisches Setting ist beispielsweise der Betrieb, in dem man arbeitet. Betriebliche Gesundheitsförderung versucht die Kompetenzen und Ressourcen der Angestellten zu stärken und die Rahmenbedingungen gesundheitsförderlicher

zu gestalten. Ein wichtiger Punkt im Setting-Ansatz sei die Partizipation derjenigen, die dem Setting angehören, erklärte Rosenbrock. Prävention könne man nicht von oben nach unten befehlen, sondern nur im Dialog mit den Betroffenen gestalten. Die Experten müssten als Moderatoren agieren statt Anweisungen zu geben. Das führe bei den Beteiligten auch zu einem verbesserten Selbstwertgefühl, also zu einer Ressourcenförderung. Die Gesundheit werde nicht nur durch das Ergebnis gefördert, sondern auch durch den Prozess. Es habe sich außerdem bewährt, die Reihenfolge der Setting-Interventionen umzudrehen, von Knowledge (Wissen) – Attitude (Haltung) – Practice (Praxis) zu Practice – Attitude – Knowledge.

Neben Betrieben sind andere mögliche Settings Schulen, Altenheime, Stadtteile oder Freizeiteinrichtungen. „Die Kommunen haben hier eine besondere Aufgabe“, sagte Rosenbrock. „Jede Kommune besitzt gestaltbare Settings wie Kitas, Schulen und Eigenbetriebe, sie kann gestaltbare Settings beeinflussen und sie kann Settings miteinander verbinden.“ Die Kommunen hätten außerdem politische Gestaltungsmöglichkeiten und könnten über die Schulpflicht grundsätzlich alle Zielgruppen erreichen.

Eine wichtige Aufgabe von Kommunen sei es, Präventionsketten zu bilden, das heißt verschiedene Settings miteinander zu verbinden – von der Schwangerenberatung und Familienberatung, über Kitas und Grundschulen bis hin zu weiterführenden Schulen, Ausbildungsstätten und Betrieben. So könne man Lebenswelten und Übergänge im Lebenslauf gesundheitsförderlich gestalten sowie individuelle Lebensweisen, soziale Netzwerke, Arbeitsbedingungen und allgemeine Umweltbedingungen beeinflussen.

Rosenbrock warnte vor zwei typischen Fehlern bei der Entwicklung von Konzepten der Prävention und Gesundheitsförderung: „Man sollte vermeiden, einerseits falsche Versprechungen zu machen, oder andererseits zu kurz zu springen. Prävention sollte nicht harmlos sein“, sagte der Gesundheitswissenschaftler. „Wenn man nur die Mittel hat, um einen Flyer zu drucken, macht man besser nichts und wartet, bis man mehr Geld oder mehr politische Möglichkeiten hat. Einfach nur einen Flyer zu machen, bringt nämlich gar nichts.“ Rosenbrock forderte auch eine Qualitätssicherung und Evaluation von Präventionsmaßnahmen.

Am Ende seines Vortrags formulierte er sieben Anforderungen, die das geplante Präventionsgesetz erfüllen müsse, um Wirkung zu entfalten. Er schlug erstens vor, das Präventionsgesetz als eigenes Sozialgesetzbuch zu verabschieden, um ihm eine angemessene Legitimation zu geben. Zweitens müsse Prävention öffentlich gefördert werden, wobei möglichst alle Versicherungen einbezogen werden sollten. Drittens sollten nach Ansicht von Rosenbrock Oberziele für die die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen gesetzt und viertens klare Gesundheitsziele definiert werden. Fünftens sei es notwendig, Interventionstypen zu bestimmen und sechstens eine Qualitätssicherung einzuführen. Siebtens müsse der Ressourcenfluss sichergestellt werden, erklärte der Gesundheitswissenschaftler.

Rosenbrock schloss seinen Vortrag mit einem Zitat von Max Weber: „Die Politik bedeutet ein starkes langsames Bohren von harten Brettern mit Leidenschaft und Augenmaß zugleich.“ Die anschließende Diskussion nutzen die Zuhörer vor allem, um Fragen zu bestimmten Präventionskonzepten zu stellen.

Caroline Mayer

Diesen und weitere MÄA-Leitartikel finden Sie auch auf der Internet-Seite des ÄKBV unter www.aekbv.de > Münchener Ärztliche Anzeigen > MÄA-Leitartikel



Häufig gestellte Fragen zum ärztlichen Berufsrecht

ÄKBV und ÄBO veröffentlichen gemeinsam Broschüre

Wie groß darf mein Praxisschild sein? Wie lange muss ich Patientenakten aufbewahren? Darf ich die Behandlung eines Patienten ablehnen? Mit diesen und ähnlichen Fragen zum ärztlichen Berufsrecht wenden sich Niedergelassene aus München und Umgebung immer wieder an den Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München (ÄKBV) und an den Ärztlichen Bezirksverband Oberbayern (ÄBO). Die beiden Verbände haben nun die Fragen zum Berufsrecht, die oft gestellt werden, zusammengefasst und zusammen mit den Antworten in einer Broschüre herausgegeben. Die Fragen betreffen unter anderem die Themen Außenauftritt und Werbung, Dokumentation, Schweigepflicht, Behandlungspflicht, Nutzung der Praxisräume und Ärztliches Honorar. Alle niedergelassenen Ärzte in München erhalten diese Broschüre mit der vorliegenden Ausgabe der Münchener Ärztlichen Anzeigen (MÄA); sie ist in das Heft eingelegt.

Interessierte können sich die Broschüre auch von der Internetseite des ÄKBV herunterladen (www.aekbv.de > Ärzte > Berufsrecht) oder in der Geschäftsstelle des ÄKBV abholen (Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband München, Elsenheimerstr. 63, 80687 München, Tel.: 089 547116-0). Auch bei weiteren Fragen zum ärztlichen Berufsrecht können Sie sich an den ÄKBV wenden. Der Verband berät Sie gerne!