

Antrag

der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Agnes Alpers, Herbert Behrens, Karin Binder, Matthias W. Birkwald, Heidrun Dittrich, Klaus Ernst, Nicole Gohlke, Diana Golze, Dr. Rosemarie Hein, Katja Kipping, Jutta Krellmann, Katrin Kunert, Cornelia Möhring, Jens Petermann, Yvonne Ploetz, Ingrid Remmers, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, Dr. Petra Sitte, Sabine Stüber, Kathrin Vogler, Harald Weinberg, Jörn Wunderlich, Sabine Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Prävention weiter denken – Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe stärken

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Deutschland hat 1973 den UN-Sozialpakt ratifiziert, der das Recht jedes Menschen auf das für ihn mögliche erreichbare Höchstmaß an Gesundheit fest schreibt. Gesundheit bezeichnet das vollständige geistige, soziale und körperliche Wohlergehen der Menschen und ist ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens. Sie wird nicht allein durch eigenverantwortliches Handeln erhalten und gefördert, sondern ist auch ganz wesentlich ein Produkt der gesellschaftlichen und ökologischen Rahmenbedingungen.

Die Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit sind enorm. Personen mit einer geringeren Bildung, einer niedrigen beruflichen Stellung und/oder einem geringen Einkommen sterben in der Regel früher. So sind die Lebenserwartungen von Personen mit niedrigem Sozialstatus knapp zehn Jahre niedriger als die von Personen mit hohem Sozialstatus. Gleichzeitig leiden Personen mit niedrigem Sozialstatus häufiger an chronischen Erkrankungen und den damit verbundenen Auswirkungen auf die Lebensqualität. Auch Pflegebedürftigkeit tritt in der Regel früher ein.

Eine Trendwende ist unter den gegebenen Bedingungen nicht zu erwarten. Ganz im Gegenteil: Die Schere zwischen Arm und Reich geht sogar weiter auseinander. Die Durchlässigkeit zwischen unterschiedlichen sozioökonomischen Gruppen sinkt. Viele Kinder sind stark von Armut betroffen, weil ihre Eltern arm sind. Bereits die Neugeborenen von sozial benachteiligten Eltern sind leichter und kränker als die von gutsituierten Eltern. Diese Entwicklung ist äußerst bedenklich, schließlich werden die Grundlagen für eine gute Gesundheit in den frühen Lebensjahren gelegt. Die gesundheitliche Lage und der Erwerb von Bewältigungsstrategien im Kindesalter haben langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit eines Menschen.

Der größte Teil der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit erklärt sich aus der sozialen Position selbst und generellen Einflussfaktoren wie unterschiedliche Arbeits- und Wohnbedingungen und nicht zuletzt dem unterschiedlichen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Individuelle Faktoren wie das Ge-

sundheitsverhalten begründen die Gesundheitsunterschiede nur zum geringeren Teil. Zudem wird das individuelle Gesundheitsverhalten – ob Menschen sich bspw. gesund ernähren oder nicht – stark von der sozialen Position beeinflusst. Bildung, das Einkommen und die berufliche Position gelten daher als zentrale Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Entscheidend ist, die soziale Ungleichheit direkt anzugehen und Gesundheit in allen Politikfeldern zu berücksichtigen. Dabei sind die horizontalen Ungleichheiten, wie Geschlechtszugehörigkeit, Alter, Behinderungen oder ein Migrationshintergrund, zu berücksichtigen.

Die Verbesserung der Gesundheit muss Aufgabe aller Politikbereiche sein und vor allem in der Wirtschafts-, Arbeitsmarkt-, Beschäftigungs-, Sozial-, Bildungs-, Sport-, Umwelt-, Verkehrs-, Verbraucherschutz-, Ernährungs-, Wohnungs- und Gesundheitspolitik umgesetzt werden. Beispielsweise ist das Gesundheitssystem in Deutschland bislang zu einseitig auf die Behandlung von akuten und chronischen Krankheiten ausgerichtet. Dagegen wird weder das Entstehen von chronischen Krankheiten ausreichend verhindert noch das Wohlbefinden und die Gesundheit adäquat gefördert. Das Gesundheitssystem kann Vorreiter und Initiator sein, den sozial bedingten Ungleichheiten entgegenzuwirken. Ein Paradigmenwechsel ist längst überfällig.

Gesundheit ist mehr als das Fehlen von Krankheit. Die Gesundheit der Menschen wird maßgeblich durch ihre Ressourcen und ihre Belastungen bestimmt. Gesundheitsförderung nimmt krankheitsunabhängig die Ressourcen in den Blick und nicht direkt die Verminderung von Krankheiten, Pflegebedürftigkeit oder die Gesundheitsbelastungen. Teilhabe am Leben, gute Bildung, gute Arbeitsbedingungen und stabile Beziehungen führen zu Ressourcen, die es Menschen ermöglichen, gesund zu bleiben.

Die bisher hauptsächlich angewendete Prävention (nichtmedizinische Primärprävention) mündet zumeist im Versuch von Verhaltensänderungen durch Informationskampagnen. Sie blendet die gesellschaftliche Realität und Verantwortung sowie die individuelle Situation der Menschen aus. Diese Form der Prävention ist daher nicht nur zumeist unwirksam, sondern vergrößert oft die soziale Schere in der Gesundheit.

Um vollständiges geistiges, soziales und körperliches Wohlergehen aller Menschen zu fördern, muss über das vorherrschende Präventionsverständnis hinaus gedacht werden. Die Gesundheitsförderung ist deutlich zu stärken und die nichtmedizinische Prävention muss in die Gesundheitsförderung eingebettet werden. Dafür sind Anforderungen gemeinsam mit den Menschen so zu gestalten, dass diese sie nicht überfordern, und die Verhältnisse sind unter Beteiligung der Betroffenen so zu gestalten, dass sie nicht gesundheitsschädlich sind. Ebenso sind die meisten Aspekte des Lebens wie z. B. eine bestimmte Ernährung oder Sport zumeist nicht per se gesundheitsförderlich oder gesundheitsschädlich. Sie werden gesundheitsförderlich erst durch einen selbstbewussten, individuellen Umgang der Menschen. Ausreichende Ressourcen wie Körperbewusstsein oder Selbstbestimmung sind dafür wesentlich. Daher reichen Angebote oder Informationen nicht aus. Wenn Ernährung und Sport zur Förderung der Gesundheit beitragen sollen, sind sie in moderne Ansätze zur Gesundheitsförderung einzubinden.

Erfolgreiche Gesundheitsförderung setzt in den Lebenswelten (Settings) der Menschen – Kindertagesstätten, Schulen, Arbeitswelt, Stadt- oder Ortsteilen – an. Dort muss der größte Teil der Gesundheitsförderung stattfinden. Gefragt sind Ansätze, die Menschen in den Lebenswelten erreichen, sie ernst nehmen und fördern. Darüber hinaus sind die Lebenswelten selbst gesundheitsförderlich zu gestalten. Beispiele dafür könnten ein kostenfreies Mittagessen in Schulen oder die bewegungsfreundliche Ausgestaltung des Stadtteils sein. Die Menschen müssen an der Planung, Gestaltung und Umsetzung aktiv beteiligt werden. Partizipation ist die Schlüsselgröße von Gesundheitsförderung. Die Forschung

zur Gesundheitsförderung – insbesondere zur sozialen Ungleichheit und Gesundheit – ist zu intensivieren und finanziell abzusichern. Ebenso ist die Evaluation von Projekten voranzutreiben; zentrales Kriterium muss ihr Beitrag zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen sein.

Trotzdem kann Gesundheitsförderung die soziale Ungleichheit nicht beheben; sie kann aber dazu beitragen, die Lebensqualität und die Gesundheit aller Menschen zu verbessern. Chronische Erkrankungen, dauerhafte Beeinträchtigungen und der Eintritt von Pflegebedürftigkeit können verhindert bzw. ihre Eintrittswahrscheinlichkeit gesenkt werden. Zudem kann Gesundheitsförderung die Öffentlichkeit weiter für soziale Ungleichheit und die daraus resultierende Ungleichheit sensibilisieren. Dies wäre ein wichtiger Beitrag, da die Problematik sozialer Ungleichheit und Gesundheit in der politischen Öffentlichkeit nach wie vor eine untergeordnete Rolle spielt.

Seit den 90er-Jahren gibt es zahlreiche zeitlich begrenzte Modellprojekte, Initiativen, Programme und Aktionen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Doch die dort gewonnenen Erkenntnisse werden nicht zusammengeführt, weiterentwickelt und in die Fläche getragen. Um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung entscheidend zu befördern sowie gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen, muss ein angemessener gesetzlicher Rahmen für Gesundheitsförderung geschaffen werden.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. schnellstmöglich den Entwurf eines Gesetzes zur Gesundheitsförderung und nichtmedizinischen Primärprävention vorzulegen, der folgende Eckpfeiler umfasst:

- a) eine Ziel- und Umfangsbestimmung von Gesundheitsförderung und Prävention in folgendem Sinne:
 - Gesundheitsförderung und nichtmedizinische Primärprävention werden als gesamtgesellschaftliche Aufgaben anerkannt und dementsprechend ausgestaltet.
 - Maßnahmen der Gesundheitsförderung und nichtmedizinischen Primärprävention sollen die Gesundheit der gesamten Bevölkerung verbessern, aber prioritär dazu beitragen, die sozial-, geschlechts-, behinderungs- und migrationsbedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern.
 - Die Strategien des Gender-Mainstreamings, des Gender-Budgetings und des Disability-Mainstreamings sind verbindlich in der Gesundheitsförderung und Prävention zu verankern.
 - Alle Maßnahmen sind an bundeseinheitlichen Gesundheitszielen auszurichten, die für alle an der Gesundheitsförderung Beteiligten verbindlich sind.
 - Die nichtmedizinische Primärprävention ist im Fokus der Gesundheitsförderung vorzunehmen. Mindestens zwei Drittel der Ausgaben müssen in Projekte und Programme mit lebensweltbezogenen Maßnahmen fließen.
 - Für eine wirksame Gesundheitsförderungspolitik ist eine funktionsfähige, flächendeckende und barrierefreie Infrastruktur zu schaffen, um vom Aktionismus zur Verstetigung zu kommen. Wissenschaftlich evaluierte Modellprojekte, die ihre hohe Wirksamkeit bewiesen haben (Leuchtturmprojekte), müssen verstetigt und in die Fläche gebracht werden. Die Aktivitäten sind unter dem Ziel der Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu bündeln.

- Gesundheitsförderung und nichtmedizinische Primärprävention müssen sich an der Lebenslaufperspektive ausrichten. Da im Kindes- und Jugendalter die zentralen Weichenstellungen für die gesundheitliche Entwicklung im weiteren Lebenslauf gestellt werden, müssen Gesundheitsförderung und nichtmedizinische Primärprävention in den frühen Lebensphasen, d. h. nicht zuletzt in Bildungseinrichtungen wie Kindertagesstätten und Schulen, einen besonderen Stellenwert erhalten und unabhängig von Unternehmensinteressen erfolgen.
- Die Evaluation und Qualitätssicherung von Maßnahmen zu Gesundheitsförderung und nichtmedizinischer Primärprävention werden verbindlich verankert. Die Befunde werden zentral ausgewertet und dienen der Qualitätsverbesserung und Weiterentwicklung künftiger Maßnahmen;

b) eine Organisationsstruktur:

- Es ist eine Koordinierungs- und Entscheidungsstelle auf Bundesebene zu schaffen, die organisatorisch an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angebunden wird und über eigene finanzielle Mittel im Rahmen eines Fonds verfügt. Dem Gremium gehören insbesondere Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft, der Finanzierungsträger, der Leistungserbringer im Gesundheits- und Pflegesystem, des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB), der kommunalen Spitzenverbände, der Gewerkschaften, der Sozialverbände sowie von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen an. Zentral werden so bundeseinheitliche und verbindliche Gesundheitsziele festgelegt, Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Präventionsforschung gegeben und die Qualitätsberichte zusammengeführt.
- Es sind Strategien zu entwickeln, wie partizipative Entscheidungsstrukturen von der Konzeption von Projekten und Programmen der Gesundheitsförderung und nichtmedizinischen Primärprävention bis hin zur Qualitätssicherung gewährleistet werden können.
- Vorhandene bewährte Strukturen auf Landes- und kommunaler Ebene sind so weiterzuentwickeln, dass sinnvolle und integrierende Präventionsmaßnahmen verstetigt und damit institutionell anerkannt werden können. Hierfür ist ein entsprechendes Zusammenwirken von Bund und Ländern notwendig. Der Grad der Vernetzung ist zu erhöhen.
- Ein Präventionsbericht ist von der Koordinierungs- und Entscheidungsstelle auf Bundesebene alle vier Jahre dem Bundestag vorzulegen;

c) folgende Prämisse in der Finanzierung:

- Die gesamtgesellschaftliche Verantwortung muss in der Finanzierung des Fonds zur Gesundheitsförderung und nichtmedizinischen Primärprävention zum Ausdruck kommen. Bund und Länder müssen sich ebenso wie die Sozialversicherungszweige und die private Kranken- und Pflegeversicherung 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 sind 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 können;
2. eine umfassende und systematische Forschungsstrategie zur Verbesserung des Wohlbefindens und der Gesundheit sowie der Verringerung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit zu entwickeln. 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 verankern;
 3. für das Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik zu entwickeln, die darauf zielt, die Ursachen sozialer Ungleichheit und Armut zu beseitigen. Gleichzeitig sind Gesetzentwürfe einer Prüfung zu unterziehen, welche Auswirkungen sie auf die sozial bedingte Ungleichheit haben („Health-Mainstreaming“).

Berlin, den 29. Juni 2011

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

Begründung

Auf dem Gebiet der primären Prävention besteht in Deutschland eine erhebliche Unterversorgung. Dies hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits in seinen früheren Gutachten konstatiert und sich in seinem Gutachten von 2007 für die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes ausgesprochen. Seines Erachtens sollten Interventionen in der Regel fünf Anforderungen genügen. Sie sollten

1. sich nicht nur darauf konzentrieren, gesundheitliche Belastungen zu senken, sondern auch gesundheitliche bzw. gesundheitsdienliche Ressourcen stärken,
2. nicht nur krankheitsspezifische, sondern auch unspezifische Belastungen und Ressourcen beeinflussen,
3. auf eine Veränderung der Lebenswelten in Richtung Gesundheitsförderlichkeit zielen und
4. die Zielgruppen so umfassend wie möglich von der Konzeption bis zur Qualitätssicherung beteiligen,
5. im Falle von komplexen Präventionsprojekten in Lebenswelten sollten auch „viel versprechende“ Interventionen gefördert werden.

Auf der Grundlage dieser Empfehlungen muss der quantitative und qualitative Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention erfolgen. Während die Primärprävention Maßnahmen und Strategien bezeichnet, die darauf zielen, bestimmte Erkrankungen zu vermeiden bzw. ihre Eintrittswahrscheinlichkeit zu senken, unterstreicht der Begriff der Gesundheitsförderung ausdrücklich die Ressourcenstärkung. Gemäß der Ottawa-Charta von 1986 zielt die Gesundheitsförderung in ihrer Gesamtheit auf die Förderung umfassenden Wohlbefindens und verdeutlicht damit das Erfordernis einer integrierten Handlungsstrategie. Angesichts des engen Zusammenhangs von Gesundheit und dem Aspekt sozialer Ungleichheit sind die sozialen Determinanten von Gesundheit in den Blick zu nehmen.

Die Bundesregierung setzt in ihren Präventionsansätzen (nichtmedizinische Primärprävention) auf überkommene Vorstellungen von Information und Anreizen für ein besseres Gesundheitsverhalten. Beispielhaft dafür ist der im Gesundheitsforschungsprogramm 2011 angekündigte Aktionsplan zu Prävention und Ernährungsforschung. Im Kern zielen die Bemühungen der Bundesregierung darauf, den Menschen nahezubringen, wie wichtig Bewegung und Ernährung für ihre Gesundheit seien, ohne die Ursachen der unterschiedlichen Ernährungs- oder Bewegungsgewohnheiten unterschiedlicher sozialer Milieus angemessen zu berücksichtigen. Solche Programme scheitern, weil sie besonders sozial Benachteiligte nicht erreichen. Die nichtmedizinische Primärprävention ist daher unter den Gesichtspunkten der Gesundheitsförderung, insbesondere des Lebensweltansatzes, durchzuführen und von reinen Informationskampagnen ist abzu- sehen.

Zudem bekämpft die Bundesregierung nicht die zentralen Ursachen der stark unterschiedlichen Gesundheitschancen. Ganz im Gegenteil: Die Lohnquote sinkt seit Jahren. Selbst volle Erwerbstätigkeit schützt nicht mehr vor Armut: So sind immer mehr Vollzeitbeschäftigte ergänzend zu ihrem Einkommen auf Arbeitslosengeld II angewiesen. Die Armutsrisikoquote ist in den letzten zehn Jahren rund um ein Drittel gestiegen (DIW-Berlin-Wochenbericht 7/2010, DIW = Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V.). Betroffen sind vor allem Kinder, junge Erwachsene und Alleinerziehende. Gleichzeitig findet eine starke Vermögenskonzentration statt. Die oberen 10 Prozent besitzen fast siebenmal so viel wie die unteren 50 Prozent der Bevölkerung (Hans-Böckler-Stiftung 2009). In keinem anderen Industrieland entscheidet die soziale Herkunft so stark über die Bildungschancen und damit sowohl über die späteren Lebens- und Arbeitsbedingungen als auch über die Gesundheitschancen wie in Deutschland.

Ein Präventionsgesetz allein kann also die bestehende soziale Chancenungleichheit nicht ausgleichen, aber Gegenakzente setzen und dazu beitragen, das Thema der sozial bedingten Ungleichheit der Gesundheitschancen auf der Agenda zu halten. Entscheidend ist daher, dass Gesundheitsförderung in allen Politikfeldern umgesetzt wird. Ein wesentlicher Ansatzpunkt hierfür ist, alle Gesetzentwürfe, die Auswirkungen auf die Gesundheit haben könnten, hinsichtlich ihrer Wirkungen auf die gesundheitliche Ungleichheit zu überprüfen. Ein Präventionsgesetz schafft aber insbesondere die Voraussetzungen dafür, Menschen vor Ort unmittelbar erreichen und unterstützen zu können. Deshalb müssen die Maßnahmen der nichtmedizinischen Primärprävention hauptsächlich in den Lebenswelten (Settings) der Menschen ansetzen. Settingansätze zielen auf eine Vermehrung der persönlichen Fähigkeiten, auf eine Einbindung und Veränderung der Lebenswelten (z. B. Schule, Arbeitsplatz etc.) und die umfassende Beteiligung der Menschen. Damit die so genannten Setting-Ansätze dauerhaft gestärkt werden, sind hierfür zwei Drittel der Mittel für die nichtmedizinische Primärprävention vorgesehen.

Im Unterschied zur reinen Verhaltensprävention sind die gesundheitlichen Wirkungen anspruchsvoller, komplexer Interventionen wie die Setting-Projekte in Stadtteilen, Schulen etc. nicht leicht messbar. Vor Aufnahme der Intervention sollte daher ein konsensfähiges Konzept der Qualitätssicherung vorgelegt werden. Die Informationen und Befunde hinsichtlich ihrer Qualität und Wirksamkeit sind zentral zusammenzuführen und auszuwerten. Insgesamt ist der Ausbau der Forschung eine wesentliche Voraussetzung für die notwendige Weiterentwicklung der Primärprävention. Ein besonderer Fokus ist auf Vorhaben zu sozial Benachteiligten zu legen, wie vom Sachverständigenrat in seinem Gutachten von 2007 empfohlen.

Es ist ein Koordinierungs- und Entscheidungsgremium auf Bundesebene zu schaffen, damit die für die nichtmedizinische Primärprävention zur Verfügung gestellten Mittel über ein zentrales Gremium gebündelt und zielgerecht zur Ver-

fügung gestellt werden können. Zudem ist es ein Gebot des Grundgesetzes, einheitliche Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland zu gestalten. Die Präventionsziele sollten daher auf Bundesebene entwickelt und verbindlich festgelegt werden. Die organisatorische Anbindung des Gremiums an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ermöglicht eine Vernetzung mit dem dort betreuten bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Das bundesweite Gremium kann auf Ebene der Länder auf vorhandene Strukturen aufbauen, insbesondere auf die jeweiligen Landesvereinigungen für Gesundheit und die dort angesiedelten Regionalen Knoten als Vernetzungs- und Koordinierungsstellen. Dies erfordert gleichzeitig, dass solche bestehenden integrierenden Strukturen verstetigt und weiter gestärkt werden. Erfolgreiche Modellprojekte sind in den Regelbetrieb zu überführen.

Gesundheitsförderung und Prävention sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Die öffentlichen Haushalte von Bund und Ländern, alle Sozialversicherungszweige und die private Kranken- und Pflegeversicherung müssen einen spürbaren Beitrag leisten. Neben der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung, der Unfallversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung ist die Arbeitslosenversicherung einzubeziehen. Denn Langzeiterwerbslose sind im Durchschnitt einem ungefähr doppelt so hohen Risiko ausgesetzt, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben, als Menschen, die berufstätig sind. Es ist zu prüfen, ob über eine zweckgebundene Abgabe die (Verursacher-)Industrie beteiligt werden kann. Dies wäre nur folgerichtig, wenn die beträchtlichen gesundheitlichen Risiken, die anerkanntermaßen beispielsweise der Alkohol- und Zigarettenkonsum hervorruft, bedacht werden. In die Prüfung sind innerhalb der Lebensmittelfertigung die Produktreihen einzubeziehen, die übergebührlich fett-, salz- und zuckerangereicht sind.

Für einen Paradigmenwechsel sind erhebliche finanzielle Mittel erforderlich. Deshalb wird der Anteil der Steuermittel auf 1 Mrd. Euro für die nächsten vier Jahre festgelegt. Nach Abschluss der Aufbauphase ist ein jährlicher Finanzierungsbeitrag des Bundes gefordert, damit Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention auf eine stabile, dauerhafte Grundlage gestellt werden können. Die Kommunen sollen die Mittel hauptsächlich abrufen. Eine Eigenbeteiligung der Kommunen würde dazu führen, dass Maßnahmen von der Finanzlage der Kommunen abhängen. Damit wären besonders ärmere Kommunen von Gesundheitsförderung und nichtmedizinischer Primärprävention abgeschnitten. Daher werden die Kommunen nicht finanziell an den Kosten für Projekte und Programme zur Gesundheitsförderung beteiligt.

