Jugendtreff Konkret in der Dortmunder Nordstadt, 2013

Präventionsgesetz – quo vadis?

sv:dok
Dokumentations- und Forschungsstelle
der Sozialversicherungsträger

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
School of Public Health – Universität Bielefeld

Deutsche
Rentenversicherung
Rheinland

IV. Symposium der sv:dok

Veranstaltung am 10. Februar 2014
in der Deutschen Rentenversicherung
Rheinland

sv:dok
Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger

Trägerschaft

AOK-Bundesverband
AOK NORDWEST
AOK Rheinland/Hamburg
Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft
Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
Berufsgenossenschaft Holz und Metall
Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft
Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie
BKK Arbeitsgemeinschaft Ostwestfalen-Lippe
BKK Grillo-Werke AG
Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Deutsche Rentenversicherung Rheinland
Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
Unfallkasse Nordrhein-Westfalen

1. Auflage Juni 2014
Titelbild: Alex Völkel, Dortmund
Satz und Gestaltung: Sven Benecke, Bochum
© sv:dok
Hunscheidtstr. 18, 44789 Bochum
info@sv-dok.de
www.sv-dok.de

Inhalt

Begrüßung **3**
Heinz Krumnack
Erster Direktor der Deutschen Rentenversicherung Rheinland

Einführung **7**
Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger
Universität Bielefeld

Wie weiter mit dem Präventionsgesetz? **13**
Cornelia Prüfer-Storcks
Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz in Hamburg

Primärprävention in Lebenswelten – massive Unterversorgung **21**
Prof. Dr. Rolf Rosenbrock
Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes

Podiumsdiskussion: Wege zu neuen Präventionsstrukturen der Sozialleistungsträger **29**
Fritz Bindzius
Leiter der Unterabteilung Gesundheit, Abteilung
Sicherheit und Gesundheit, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Anne Janz
Stadträtin, Vorsitzende des Gesundheitsausschusses
im Deutschen Städtetag

Heinz Krumnack
Erster Direktor der Deutschen Rentenversicherung Rheinland

Günter Wältermann
Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg

Moderation: Prof. Dr. Beate Blättner
Hochschule Fulda, stellvertretende Vorsitzende
der Deutschen Gesellschaft für Public Health

Die Position der Landesregierung NRW zur Präventionspolitik **49**
Barbara Steffens
Ministerin für Gesundheit, Emanzipation,
Pflege und Alter des Landes NRW

Heinz Krumnack
Erster Direktor der Deutschen Rentenversicherung Rheinland

Begrüßung

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen des Vorstandes und der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Rheinland möchte ich Sie in unserem Hause herzlich begrüßen.

Ich freue mich, dass Sie so zahlreich unserer Einladung gefolgt sind, und dass wir heute ein spannendes Symposium zu erwarten haben zum Thema „Präventionsgesetz – quo vadis?“. Die gewählte Formulierung der Fragestellung zeigt schon die weit verbreitete Skepsis an, ob das Präventionsgesetz, wie im Koalitionsvertrag angekündigt, tatsächlich dieses Jahr verabschiedet wird – oder ob ein Gesetzentwurf wieder nur eine Absichtserklärung bleiben wird.

Prävention ist im Grunde genommen die Königsdisziplin der Gesundheitspolitik. Der Aufgabe, gesundheitliche Risiken zu vermeiden und Gesundheitschancen zu verbessern, ist aus ethischer Sicht ohne Zweifel Vorrang einzuräumen gegenüber den Formen der Heilbehandlung und Rehabilitation. Und dies erst recht in der modernen Industriegesellschaft, in der chronisch-degenerative Erkrankungen im Vordergrund stehen und die kurative Medizin viel weniger ausrichten kann als präventive Maßnahmen.

Warum also steht die Prävention hierzulande auf so schwachen Füßen? Ursprünglich war Deutschland das Mutterland der Präventionspolitik. Die Hygiene-Bewegung vor über hundert Jahren erzielte erstaunliche Erfolge, um die Gesundheitslagen der Bevölkerung zu verbessern. Schon Rudolf Virchow, der Pionier der Sozialmedizin, stellte die Forderung auf, dass der Staat Armut und Bildungsmangel in den Mittelpunkt seiner Präventionspolitik stellte. Die nachfolgenden Präventionserfolge von Öffentlichem Gesundheitsdienst, Sozialversicherung und Sozialmedizinern basierten auf einer demokratischen Gesundheitspolitik, deren Ende die NS-Diktatur markierte. Nun fand Prävention unter dem Vorzeichen der Rassenhygiene statt, und die Medizinverbrechen der NS-Zeit diskreditierten nach 1945 nicht nur den Öffentlichen Gesundheitsdienst, sondern die Präventionspolitik insgesamt.

Es waren die Kassenärzte, die seit den Fünfziger Jahren die Prävention auf ärztliche Vorsorgeuntersuchungen und die ambulante Behandlung der Volkskrankheiten konzentrierten. Erst seit den Achtziger Jahren rückte die soziale Dimension von Krankheit und Gesundheit wieder in das Blickfeld der Gesundheitspolitik. Maßgeblich waren hier vor allem die Gesundheitswissenschaften, die nun unter dem Begriff des New Public Health den Anschluss der Bun-

desrepublik an die internationale Agendasetzung mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung suchten.

Auch die Sozialversicherungsträger haben von diesem Engagement profitiert. Bekannter sind die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Unfallversicherung zur Primärprävention, Gesundheitsförderung und zum Arbeitsschutz. Seit einigen Jahren erweitert auch die gesetzliche Rentenversicherung ihr Engagement in Hinsicht auf Prävention und Gesundheitsförderung nach § 31 SGB VI. Der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ wird inzwischen kombiniert mit dem Anspruch „Prävention vor Rehabilitation“. Wir nutzen die Kompetenzen unserer Rehabilitationseinrichtungen und unserer Vertragspartner auch im ambulanten Bereich, um die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu erhalten. Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland hat hierzu die zwei Pilotprojekte, Web-Reha und Plan Gesundheit, entwickelt. Das Innovative an den beiden Projekten der Verhaltensprävention ist die enge Kooperation zwischen Rentenversicherung, Betriebsärzten und Krankenkassen.

Vergleichbare betriebsnahe Präventionsprogramme bieten unter anderem die Deutsche Rentenversicherung Westfalen, die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg und die Deutsche Rentenversicherung Bund mit BETSI, GUSI und FRESH an. Wir werden diese Arbeit weiter ausbauen, denn die Erfolge sind signifikant und haben zu deutlich erhöhten Wiedereingliederungsquoten unserer Rehabilitanden geführt.

Als Rentenversicherungsträger haben wir uns mit unseren Kompetenzen bislang in den Entwürfen zum Präventionsgesetz kaum wiedergefunden. Und nicht nur die Rentenversicherung, auch die übrigen Sozialversicherungsträger haben erhebliche Kritik an den Entwürfen von 2005, 2008 und des vergangenen Jahres geübt. Dass sie scheiterten, lag weniger an der Zielsetzung als an den Eingriffen in die Strukturen, Entscheidungskompetenzen und nicht zuletzt in die Budgets, mit denen die Präventionsprogramme finanziert werden sollen. Denn ohne Zweifel ist die Primärprävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wenn der Gesetzgeber Mehrausgaben von Seiten der Sozialversicherungsträger festlegt, dann steht natürlich auch zu erwarten, dass die öffentliche Hand ihre Mittel ebenfalls proportional erhöht. Gleichwohl bin ich skeptisch, ob dies in Zeiten der Schuldenbremse gelingen wird. Der vorliegende Entwurf zum Leistungsverbesserungsgesetz in der gesetzlichen Rentenversicherung und hier insbesondere die beabsichtigte Finanzierung der sog. Mütterrente lassen eher befürchten, dass gesamtgesellschaftliche Aufgaben zur Entlastung des Bundeshaushalts auf die Beitragszahler abgewälzt werden sollen.

Wir sind also gespannt, mit welchem Vorschlag die Länder das Präventionsgesetz auf der kommenden Gesundheitsministerkonferenz in Hamburg auf den Weg bringen wollen. Und wir sind gespannt, ob bereits die Position des Bundesgesundheitsministeriums absehbar ist. Einschätzungen hierzu werden wir sicherlich gleich aus berufenem Munde erfahren. Damit will ich mich an dieser

Stelle herzlich bei Frau Senatorin Prüfer-Storcks bedanken, dass Sie uns als Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz Ihre Ziele und Umsetzungspläne für das Präventionsgesetz vorstellen werden. Mein herzlicher Dank geht gleichermaßen an Frau Ministerin Steffens, die uns heute Nachmittag die Position der Landesregierung NRW zur Präventionspolitik vorstellen wird.

Danken möchten ich zugleich allen weiteren Referentinnen und Referenten für Ihr Kommen, und dies auch im Namen der Mitveranstalter, Herrn Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger von der Uni Bielefeld und Herrn Dr. von Miquel, dem Leiter der sv:dok. Durch das weitere Programm wird Sie Herr Dr. von Miquel führen.

Meine Damen und Herren,

Ich wünsche uns allen nun einen anregenden Tag mit neuen Erkenntnissen und einem lebhaften Meinungsaustausch!

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger
Universität Bielefeld

Einführung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auch im Namen der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld recht herzlich zu dieser Tagung begrüßen und freue mich, dass das Thema auf ein so großes Interesse stößt.

Das Thema „Präventionsgesetz“ hält sich unter diesem Begriff seit mehr als zehn Jahren in der deutschen Gesundheitspolitik. Dabei reichen die damit verbundenen Probleme und Debatten noch viel weiter zurück. Nun findet sich zum dritten Mal nach 2002 und 2005 die Ankündigung eines Präventionsgesetzes im Vertrag einer Regierungskoalition. Bekanntlich sind bisher drei Anläufe im Gesetzgebungsprozess gescheitert, nämlich 2005, 2008 und 2013.

Vielleicht war es diese Erfahrung, die die Parteien der Regierungskoalition veranlasste, die Aussagen zum Präventionsgesetz im Koalitionsvertrag mit einer besonderen Verbindlichkeit zu formulieren. Zur Erinnerung sei die einschlägige Passage des Koalitionsvertrags von CDU, CSU und SPD noch einmal zitiert. Dort heißt es:

„Wir werden noch 2014 ein Präventionsgesetz verabschieden, das insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und alle Sozialversicherungsträger einbezieht.

Die Kooperation und Koordination aller Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen werden über verpflichtende Rahmenvereinbarungen analog der Regelungen zur Förderung der Zahngesundheit (§ 21 SGB V) und von Schutzimpfungen (§ 20d Abs. 3 SGB V) auf Landesebene verbessert. Dabei sind bundesweit einheitliche Gesundheitsziele und Vorgaben zur Qualität und Evaluation zu berücksichtigen. Länderpräventionsansätze werden einbezogen.“

Doch nicht nur die Verbindlichkeit der Formulierung, die deutlich mehr ist als bloß eine Absichtserklärung, begründet die Erwartung, dass es diesmal etwas werden könnte mit einem Präventionsgesetz. Wenn es zudem stimmt, was häufig zur Gesundheitspolitik gesagt wird, dass nämlich vor allem Große Koalitionen zu großen Reformen in der Lage sind, so mag ein solches Vorhaben diesmal in der Tat unter besseren Vorzeichen stehen als in der Vergangenheit. Insofern spricht also einiges dafür, dass das Präventionsgesetz nicht das

Schicksal eines anderen Evergreens gesundheitspolitischer Regulierung, der Positivliste der erstattungsfähigen Arzneimittel, teilt.

Die Beharrungskraft unseres Tagungsthemas ist Ausdruck der Tatsache, dass die Präventionspraxis in Deutschland einen sehr großen Reform- bzw. Verbesserungsbedarf aufweist, der sicherlich – dies nur nebenbei – nicht allein oder vielleicht nicht einmal vorrangig durch ein Präventionsgesetz angemessen bearbeitet werden kann. Problemdruck als eine wichtige Voraussetzung für eine Reform ist also vorhanden. Dazu werden wir in den Vorträgen gleich mehr hören.

Doch Problemdruck ist in den meisten Fällen eine zwar notwendige, keineswegs aber immer hinreichende Voraussetzung für die Durchsetzung von Reformen. So verweisen die bei den zurückliegenden Gesetzgebungsverfahren zu Tage getretenen Schwierigkeiten und Hindernisse darauf, dass sich im Projekt eines Präventionsgesetzes zahlreiche Fragen und Probleme gleichsam wie in einem Brennglas bündeln. Es kann hier nicht darum gehen, die Gründe für das Scheitern der bisherigen Anläufe zu rekonstruieren. Aber immerhin lässt sich konstatieren, dass genau diese Einbettung in ein komplexes Problemgeflecht zu deren Erfolglosigkeit beigetragen hat.

Diese Fragen und Probleme stehen wieder auf der Tagesordnung, wenn es darum geht, ein Präventionsgesetz, das ja möglichst großen Nutzen stiften soll, auf den Weg zu bringen. So verbindlich die Aussagen des Koalitionsvertrages auch sind, so unklar (und man müsste nach den bisherigen Erfahrungen vermutlich auch hinzufügen: so umstritten) ist nach dem gegenwärtigen Stand der Dinge, wie ein solches Gesetz ausgestaltet werden soll.

Ich möchte hier folgende Aspekte, zwischen denen zudem vielfältige Wechselwirkungen existieren, besonders betonen:

Es geht um das einem solchen Gesetz zugrunde liegende Präventionsverständnis und damit um die Frage, an welchen Zielen es sich orientieren und welcher Instrumente sich die zu fördernden Interventionen bedienen sollen. Wie also sollen Verhaltens- und Verhältnisprävention in Beziehung gesetzt werden? Welche Rolle sollen Aufklärungskampagnen spielen, welche Rolle der Setting-Ansatz? Wie sollen medizinische und lebensweltbezogene, sozialwissenschaftlich fundierte Präventionsansätze gewichtet werden? Welcher Stellenwert wird der Verringerung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen zugewiesen?

Damit eng verbunden ist die Frage nach der Qualitätssicherung einschlägiger Interventionen. Wie soll gewährleistet werden, dass sich die Interventionen an Gesundheits- und Präventionszielen orientieren? Wer soll solche Ziele nach welchen Regeln definieren? Wie sollen Erkenntnisse aus durchgeführten Interventionen gewonnen, verbreitet und für die weitere Gestaltung der Prä-

ventionspraxis fruchtbar gemacht werden? Wie soll verhindert werden, dass Interventionen zur Verfolgung von Partikularinteressen missbraucht werden?

Drittens ist von zentraler Bedeutung die Frage, in welchen Steuerungs- und Entscheidungsstrukturen das Präventionsgesetz umgesetzt werden soll. Daran schließt sich ein ganzer Katalog von Teilfragen an, so z.B.: Auf welchem Wege soll die regionale oder lokale Einbettung von Projekten gewährleistet werden? Wie soll die regionale Vernetzung und Strukturbildung in Prävention und Gesundheitsförderung unterstützt werden? Wie sollen Bund, Länder und Kommunen dabei zusammenwirken? Welche Rolle sollen Sozialversicherungsträger und staatliche Gebietskörperschaften einnehmen? In welcher Weise werden Selbsthilfegruppen und Verbraucherverbände an Entscheidungen beteiligt? Wie soll die Partizipation der Betroffenen an der Ausgestaltung von Interventionen aussehen?

Schließlich wird natürlich die Ressourcenausstattung eines Präventionsgesetzes von Bedeutung sein und damit auch die Frage, wie die Finanzierungslasten zwischen den Beteiligten verteilt werden. Allen Akteuren ist bekannt, dass damit auch die Frage nach dem Zusammenhang von Finanzierungs- und Entscheidungsverantwortung aufgeworfen ist.

Diese und viele andere Fragen sind mit der Ausgestaltung eines Präventionsgesetzes verbunden. Dabei ist klar, dass mit der Vielzahl der Akteure auch eine Vielzahl von Interessen bei der Verabschiedung eines solchen Gesetzes am Tisch sitzen, die – nach aller Erfahrung – auch andere als rein gesundheitsbezogene Aspekte in den Gesetzgebungsprozess einbringen werden. Auch wenn also ein Präventionsgesetz im Laufe dieses Jahres verabschiedet werden sollte, so sollte das Wissen um die Interessengebundenheit politischen Handelns die Erwartungen an den Inhalt des Produktes dämpfen. Vermutlich trifft hier der Satz Thomas Manns zu, dass die Erfüllung eines lang gehegten Wunsches nicht unbedingt mit einer Erlösung gleichzusetzen ist. Daran wird man sich am Ende dieses Jahres vermutlich erinnern. Aber gerade dieser Realismus sollte Anlass sein, sich intensiv mit den Anforderungen an ein Präventionsgesetz auseinanderzusetzen.

Dazu wünsche ich uns allen heute interessante Vorträge und Diskussionen!

Vielen Dank.

Cornelia Prüfer-Storcks
Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz in Hamburg

Wie weiter mit dem Präventionsgesetz?

Sehr geehrte Damen und Herren,

beim Präventionsgesetz stehen wir vor einem schwer verständlichen Phänomen: Offenbar genießt es grundsätzlich eine hohe Sympathie. Es gibt einen hohen fachlichen Konsens wie Gesundheitsförderung und Prävention umgesetzt werden müssen – aber trotzdem wird der gesetzliche Rahmen seit Jahren nicht realisiert!

Deshalb ist es für uns alle ermutigend, dass sich die Große Koalition in Berlin nicht nur auf die Umsetzung eines Präventionsgesetzes verständigt hat, sie hat auch dessen Vordringlichkeit durch ein fixes Datum bekräftigt. Noch in diesem Jahr soll das Gesetz verabschiedet werden.

Das ist ein bedeutsamer Fortschritt gegenüber den letzten Versuchen, die allesamt erst gegen Ende einer Legislatur gestartet wurden.

Wir verfügen unbestreitbar über einen breiten Konsens darüber, dass wir Gesundheitsförderung und Prävention weiter entwickeln müssen, um eine bessere Gesundheit der Bevölkerung und mehr beschwerdefreie Lebensjahre zu erreichen.

Angesichts des demografischen Wandels, längerer Lebensarbeitszeiten, der Zunahme chronischer Erkrankungen und einer ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen sind die Erwartungen an eine wirkungsvolle Prävention in den letzten Jahren deutlich gestiegen.

Viele Krankheiten - seien es Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes oder auch einige psychische Erkrankungen - können durch einen gesunden Lebensstil und gesundheitsförderliche Lebensbedingungen verhindert oder zumindest hinausgezögert werden.

Deshalb müssen wir endlich den Paradigmenwechsel vollziehen von einer primär kurativ ausgerichteten Medizin hin zu einem mehr präventiv orientierten Gesundheitssystem.

Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung können vorzeitige Todesfälle sowie vorzeitige Verrentung vermeiden, krankheitsbedingte Produktionsverluste in den Unternehmen verringern, Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter erhalten und Pflegebedürftigkeit hinausschieben oder verhindern.

Prävention und Gesundheitsförderung mit diesen Zielerwartungen sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben.

Von guter Prävention profitieren neben den Bürgern selbst insbesondere die gesetzliche und die private Krankenversicherung, die Pflegeversicherung, die Rentenversicherung, die Unfallversicherung und die Arbeitslosenversicherung.

Deshalb muss klar sein: Wer profitiert, muss auch seinen Teil dazu beitragen, und zwar deutlich mehr als bisher.

Der finanzielle Aufwand für diese Aufgaben muss auf die Erwartungen an deren Erträge abgestimmt werden. Von den knapp 294 Mrd. Euro an Gesundheitsausgaben in 2011 entfielen gut 11 Mrd. auf Prävention und Gesundheitsschutz, davon gut 6 Mrd. auf Gesundheitsförderung. Das heißt, knapp 4 Prozent der Gesamtaufgaben wurden für Prävention und Gesundheitsschutz verwendet, für Gesundheitsförderung gar nur etwa 2 Prozent.

Finanzmittel dürfen nicht der alleinige Maßstab für die Bedeutung einer Aufgabe sein, aber mit dieser Ausstattung sind wir noch erheblich weit von dem Ziel entfernt, bei Prävention und Gesundheitsförderung von einer Säule des Gesundheitswesens zu sprechen.

Allerdings ist auch ein Abschieben der Kosten nur auf die GKV – wie es der Gesetzentwurf der letzten Bundesregierung vorsah - kein geeigneter Ansatz. Deshalb müssen Bund, Länder, Kommunen, alle Sozialversicherungsträger und Privatkassen finanzielle Mittel für diese Aufgaben einsetzen.

Bundes- und Landesebene müssen zukünftig zusammenarbeiten. Dabei sehe ich die Ebene der Länder für die Organisation dieser Aufgaben als die Wesentliche. Dort müssen die Akteure die Umsetzung von Bundes- und Landeskonzepten gemeinsam verhandeln und abstimmen.

Wichtige Bausteine für diese Kooperationen sind verbindliche und klare Ziele, Qualitätsstandards, verlässliche Strukturen und eine Überprüfung der Wirksamkeit.

Wir müssen mit einem Präventionsgesetz endlich eine Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention erleichtern, die die größten Erfolge verspricht. Bei der Entwicklung des Präventionsgesetzes geht es um praxisgerechte Struktur-, aber auch sehr deutlich um Qualitätsaspekte!

Wir wissen hier bereits eine Menge, wir müssen unsere Erkenntnisse nur entschiedener als bisher auch anwenden!

Gesundheitsförderung und Prävention können gar nicht früh genug anfangen, dürfen aber auch nicht zu früh aufhören. Gesundheitsförderung und Präven-

tion haben in jedem Lebensalter bis ins hohe Alter hinein zu erfolgen, weil gesundheitliche Effekte immer möglich sind.

Gesundheitsförderung und Prävention müssen im Lebensalltag verankert werden. Prävention spielt sich ab in Kindertagesstätten, Schulen, Stadtteilen, Betrieben, Senioreneinrichtungen und muss auch arbeitslose und besonders belastete Menschen erreichen.

Wir brauchen also eine Prävention, die nicht nur Aufgabe des Gesundheitssektors, sondern eine übergreifende Aufgabe ist. Allein dieses Bewusstsein zu erreichen, ist angesichts einer weit verbreiteten sektorisierten Perspektive weiterhin eine erhebliche Herausforderung.

Eine Ableitung dieser Forderung ist, dass Gesundheitsziele nicht nur für den Gesundheitsbereich, sondern darüber hinaus auch für weitere Handlungsfelder eine wichtige Orientierung sein müssen.

Wer in einer schlechteren sozialen Lage aufwächst, hat auch schlechtere Gesundheitschancen. Auf diese kurze, aber nicht zu akzeptierende Formel lassen sich die Erkenntnisse der Gesundheitsberichterstattung der letzten Jahre bringen. Deshalb müssen hochwertige Gesundheitsförderung und Prävention gerade die Zielgruppe benachteiligter Menschen erreichen.

Langjährige Erfahrungen zeigen, dass die Zielgruppen der sozial benachteiligten Bürgerinnen und Bürger am besten über Multiplikatoren erreicht werden, die sich in den Lebenswelten auskennen, die Vertrauen genießen und die Menschen konkret erreichen, weil sie nicht über deren Köpfe hinweg reden und handeln.

Zugang zu den Zielgruppen finden deshalb auch Betroffene selber, die für diese Aufgaben qualifiziert werden.

Des Weiteren müssen Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention mit unterschiedlichen Berufsgruppen zusammenarbeiten, mit Hausärzten, Personal in Kitas, mit Sozialarbeitern und Sozialpädagoginnen in Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe, mit Übungsleitern in Sportvereinen, mit Lehrerinnen in Schulen.

Mit Informationsmaterialien in schriftlicher Form kommt man oft nicht weiter, der direkte Kontakt, die vertrauensvolle Beziehung ist der wichtigste Zugangsweg. Wir benötigen für wirkungsvolle Gesundheitsförderung und Prävention also weniger Papier als vielmehr qualifizierte und unterstützende Personen und eine Verankerung der Themen in den Strukturen der Lebenswelten.

Neben der verbesserten Kooperation der Professionellen muss gleichzeitig die Beteiligung der Zielgruppen gestärkt werden:

Gesundheitsförderung und Prävention sollten „mit“ Menschen und weniger „für“ Menschen gemacht werden. Das ist mir bei der Prävention und Gesundheitsförderung genauso wichtig wie bei der medizinischen Versorgung.

Dabei will ich, dass diese Bürgerinnen und Bürger nicht nur als „problembelastet“ wahrgenommen werden, sondern auch als kompetent, ihre Lebenssituation selber zu verbessern. Hilfe zur Selbsthilfe ist ein Schlüssel für die Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention im Alltagsleben.

Gesundheitskompetenz führt auch zu einer differenzierteren Nutzung von Leistungen der Gesundheitsversorgung.

Betriebliche Gesundheitsförderung und ein moderner Arbeitsschutz sind weitere Handlungsfelder.

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat Ende Januar Zahlen präsentiert, die zeigen, in welchem Ausmaß psychische Erkrankungen Ursache von Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung sind.

Ich werte diese Daten als Beleg für meine Forderung, den Umgang mit arbeitsbedingter psychischer Belastung endlich gesetzlich zu verankern und das Arbeitsschutzgesetz durch eine Verordnung zum Schutz vor Gefährdungen durch psychische Belastungen bei der Arbeit zu konkretisieren.

Einen Entwurf für eine solche Regelung hatte Hamburg bereits im vergangenen Jahr in den Bundesrat eingebracht, er war aber von der damaligen schwarz-gelben Koalition nicht aufgegriffen worden.

Sehr geehrte Damen und Herren,

auch der Gesundheitsbereich ist grundsätzlich ein wettbewerbsorientierter Markt. Dennoch benötigen wir dabei gerade im Gesundheitsbereich ein hohes Maß an wettbewerbsbegrenzender Umsicht und Verantwortung. Gesundheitsförderung und Prävention dürfen kein bloßes Marketinginstrument sein – weder von Krankenkassen noch von anderen Institutionen. Das, was bei der Förderung von Gesundheit Wirkungen verspricht, muss im Mittelpunkt stehen. Und die Zusammenarbeit muss deutlich Vorrang haben vor einer Wettbewerbsorientierung.

Gesundheit ist nicht allein durch kassenindividuelle Kurse und Projekte zu fördern, so interessant und gut gemacht sie auch sein mögen. Gesundheitsförderung braucht Langfristigkeit und Konstanz in verlässlichen Strukturen und mit gesicherten Finanzierungsgrundlagen.

Eine gute Kooperation ist ein wesentlicher Schlüssel zum Erfolg. Die verschiedenen Akteure benötigen einen gesetzlichen Auftrag, um verbindlich bei der

Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder Aktivitäten zusammenzuarbeiten.

Die Akteure wie Länder, Kommunen, Sozialversicherungsträger, Leistungserbringer und andere entwickeln auf Ebene des Bundes und der Länder mehrjährige Programme für Gesundheitsförderung und Prävention, die sich an Gesundheitszielen ausrichten. In diesem Rahmen werden konkrete Umsetzungsansätze und deren Finanzierung abgestimmt und vereinbart.

Im Koalitionsvertrag wird als Vorbilder für diese Kooperations- und Vereinbarungsprozesse auf verpflichtende Rahmenvereinbarungen hingewiesen, wie sie im Bereich der Zahngesundheit und der Schutzimpfungen bereits im SGB V geregelt sind.

Die Zahnprophylaxe ist ja durchaus als Erfolgsmodell in Deutschland zu bewerten, so dass auch deren Organisation als Blaupause für weitere Gesundheitsförderungs- und Präventionsbereiche dienen kann.

Lassen Sie mich meine wichtigsten Anforderungen an ein zukünftiges Bundespräventions- und Gesundheitsförderungsgesetz noch einmal auf den Punkt bringen:

- Gesundheitsziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung können nur den allgemeinen, grundsätzlichen Rahmen definieren. Der Fokus sollte im Wesentlichen auf der Länder- und Kommunalebene liegen, weil dort im Alltagsleben der Bürgerinnen und Bürger in den unterschiedlichen Settings konkrete Verbesserungen ankommen müssen.

- Für eine nachhaltige und qualitätsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention sind verbindliche Kooperationen von Ländern, allen Sozialversicherungsträgern und Kommunen über Rahmenvereinbarungen erforderlich.

- Wir brauchen eine deutlich bessere finanzielle Ausstattung für die Prävention und Gesundheitsförderung, an der alle Sozialversicherungsträger, aber auch Bund und Länder gemeinsam beteiligt sind.

- Kurzzeitig angelegte Projekte verpuffen, weil dadurch keine Strukturen aufgebaut werden können und Ergebnisse nicht nachhaltig wirken. Deshalb müssen wir es zukünftig ermöglichen, dass auch Sozialversicherungsträger langfristige Ansätze mitfinanzieren.

- Von Gesundheitsförderung und Prävention müssen insbesondere sozial benachteiligte Zielgruppen profitieren!

Einiges davon haben wir in Hamburg, aber auch in anderen Ländern, bereits umgesetzt. Aber ohne unterstützende gesetzliche Regelungen haben wir das

Ende der Fahnenstange bald erreicht. Die Möglichkeiten der freiwilligen Zusammenarbeit haben wir ausgelotet und recht gut ausgeschöpft.

Damit das Präventionsgesetz hält, was sich nach den vielen Jahren so viele davon versprechen, müssen möglichst die Fachleute aus den Ländern und dem Bund zügig zusammenkommen, um diese Aufgabe kompetent vorzubereiten. Der Sachverstand ist insbesondere in den Ländern vorhanden und die Bereitschaft, dieses Gesetz zu einem Erfolg zu führen, sowieso.

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock
Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes

Primärprävention in Lebenswelten – massive Unterversorgung[1]

1. Grundbegriffe

Der Begriff „Prävention“ geht zurück auf das lateinische Wort „praevenire“ (zuvorkommen). Prävention setzt also zeitlich vor Eintritt eines Risikos an, Therapie danach. Je nach Interventionszeitraum lassen sich drei Strategien unterscheiden:

Primärprävention bezeichnet die Verminderung von (Teil-)Ursachen bestimmter Erkrankungen (spezifische Prävention) oder von Krankheit überhaupt (unspezifische Prävention). Durch Primärprävention soll die Wahrscheinlichkeit des Krankheitseintritts, d.h. bevölkerungsbezogen die Anzahl der Neuerkrankungen (Inzidenz) verringert und/oder die Erkrankung in höhere Lebensalter verschoben werden. Zu unterscheiden ist zwischen individual-medizinisch ansetzender Primärprävention, das sind im Wesentlichen Impfungen, und der sozialen Prävention – als Sammelbegriff für Ansätze, mit denen Lebenslagen, Lebenswelten/Settings, Lebensweisen, life-style und Verhalten in Richtung auf Kompatibilität mit bzw. Förderung von Gesundheit verändert werden.

Sekundärprävention beginnt mit der individual-medizinischen Entdeckung von meist noch symptomlosen, aber biomedizinisch eindeutig feststellbaren Frühstadien einer Erkrankung (Früherkennung). Durch die Vorverlegung der medizinisch-kurativen Behandlung soll die Wahrscheinlichkeit der Manifestation bzw. eines schweren Verlaufs der jeweiligen Zielkrankheit gesenkt werden.

Tertiärprävention zielt darauf, Folge- und Spätschäden einer bereits eingetretenen, manifesten Erkrankung zu verzögern, zu begrenzen oder zu verhindern. In diesem weiten Begriffsverständnis umschließt sie die medizinische Behandlung chronischer Krankheiten einschließlich der Vermeidung des Wiedereintritts eines akuten Krankheitszustands (Rezidivprophylaxe). Vielfach wird aber auch ein engeres Konzept zu Grunde gelegt, dem zufolge Tertiärprävention darauf zielt, medizinische, psychische, berufliche und soziale Einschränkungen oder Funktionsverluste, die in Folge einer Krankheit auftreten (können), zu vermeiden, zu verzögern oder zu lindern. In einem solchen Verständnis wird Tertiärprävention weitgehend mit Rehabilitation gleichgesetzt.

1 Wiederabdruck aus: vdää-Rundbrief, Januar 2014.

2. Begründung des Bedarfs

Die medizinische Seite der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention ist in Deutschland – bei allen Defiziten, die ihrerseits mit allerlei Über-/Unter- und Fehlversorgung einhergehen – gut geregelt und – v. a. über SGB II, III, V, VI, VII, IX und XI, XII - verlässlich finanziert.

Die große Unterversorgung liegt in der nicht-medizinischen Primärprävention. Das ergibt sich aus einem Blick auf die großen Linien der Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung:

Am kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung um knapp zwei Jahre pro Jahrzehnt hat die kurative Medizin einen Anteil von maximal einem Drittel. Der „Rest" von ca. zwei Dritteln geht auf eine – im Einzelnen und in ihren wechselseitigen Abhängigkeiten durchaus nicht immer klare – Mischung aus verbesserten Lebens-, Arbeits-, Wohn-, Erholungs- und Verkehrsverhältnissen, auf bessere Bildung und Ernährung und in der Folge auch auf gesundheitsgerechteres Verhalten zurück.

Ungefähr drei Viertel des Krankheits- und Sterbegeschehens und auch der Versorgungsausgaben erklären sich in den reichen Ländern aus den wenigen großen, und regelmäßig chronisch-degenerativ verlaufenden Krankheiten (Herz-Kreislauf, Krebse, Muskel-Skelett, Diabetes, chronisch obstruktive Lungenerkrankung sowie – mit der steilsten Steigerung – psychische Erkrankungen) und den Unfällen. In den meisten Fällen kann die Medizin hier nicht wirklich heilen, es muss – meist lebenslang – therapiert und/oder unterstützt werden. Das ist die wichtigste Ursache dafür, dass für ca. ein Fünftel der Versicherten ca. vier Fünftel der Versorgungskosten aufgewendet werden müssen. Alle diese Erkrankungen sind aber grundsätzlich zu einem sehr hohen Anteil der nicht-medizinischen Primärprävention zugänglich. Unter den chronisch Kranken sind Menschen aus den unteren Sozialschichten stark überrepräsentiert.

Die Chancen für ein gesundes und langes Leben sind in Deutschland extrem ungleich verteilt: Arme Männer (Frauen) sterben in Deutschland 10,8 (8,4) Jahre früher als Wohlhabende. Zudem werden bei ihnen chronisch-degenerative Erkrankungen 3,5 (0,8) Jahre früher behandlungsbedürftig, so dass arme Menschen im Durchschnitt 14,3 (9,2) gesunde Jahre weniger zu leben haben als Wohlhabende. Diese sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen folgt der sozialen Schichtung der Gesellschaft und bildet ein Kontinuum. Mit der zunehmenden sozialen Spreizung vergrößern sich die Abstände sowohl in der Morbidität als auch in der Mortalität. Die Unterschiede erklären sich zu ca. der Hälfte aus den Folgen gesundheitlich riskanteren Verhaltens in den Unterschichten (v. a. Ernährung, Bewegung, Rauchen, Stressregulation), die andere Hälfte „verdankt" sich direkter Wirkungen aus der sozialen Lage. Versuche, das Gesundheitsverhalten durch Information, Erziehung, Kurse, Kampagnen und Aufklärung zu verändern, führen zu nur geringen und meist

nicht nachhaltigen Erfolgen. Durch Verbesserungen der Medizin kann dieses Problem kaum angegangen werden.

Gebraucht werden also v. a. nicht-medizinische Interventionen und Strategien der Primärprävention, die insbesondere bei sozial benachteiligten Menschen v. a. chronisch-degenerative Erkrankungen verhüten oder zeitlich verschieben.

3. Interventionskonzept

In Auswertung wissenschaftlicher Befunde und praktischer Erfahrungen wurden mit der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung der WHO im Jahr 1986 Fundamente und Eckpunkte für eine Herangehensweise vorgelegt, mit denen diese zentrale Herausforderung erfolgreich bearbeitet werden kann.

Die Qualität einer diesem Ansatz folgenden Primärprävention lässt sich an fünf Kriterien feststellen:

Belastungssenkung und Ressourcenförderung
Ziel der Prävention ist nicht nur die Senkung von Gesundheitsbelastungen (durch die soziale Lage und riskantes Verhalten), sondern mindestens ebenso stark die Steigerung von Gesundheitsressourcen (v. a. Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, Einbindung in soziale Netze). Diese Ressourcen steigern nicht nur die Widerstandkraft gegen gesundheitliche Belastungen (Resilienz), sondern befähigen auch besser zur Veränderung sowohl des Verhaltens als auch der - gesundheitlich belastenden bzw. gesundheitlich belastendes Verhalten begünstigenden - Lebenswelt. Das ist der Aspekt der Gesundheitsförderung

Aufwertung unspezifischer Interventionen
Die Beeinflussung von allgemein gesundheitsförderlichen Faktoren (Partizipation, soziale Unterstützung, Selbstwertgefühl, Achtsamkeit) hat in der Regel einen größeren präventiven Effekt als die unmittelbare Bearbeitung von Faktoren, deren kausale Beziehung zu Krankheitsentstehung (z. B. Bewegungsmangel, Tabakrauchen) sehr viel enger ist.

Priorität für Kontextbeeinflussung
Die Wahrscheinlichkeit des Erfolgs steigt mit der Beeinflussung der Bedingungen und der sozialen Zusammenhänge gesundheitsriskanten Verhaltens. Das gilt sowohl auf individueller Ebene, als auch im Setting, und es gilt auch im Rahmen von Kampagnen für die gesamte Bevölkerung oder definierte Teilgruppen.

Viele Interventionen entfalten erst dann ihre Wirksamkeit, wenn sie nicht nur (und oft nicht einmal primär) auf die Veränderung der Lebensweise, des lifestyle bzw. Verhaltens abzielen, sondern auch materielle und soziale, belastende ebenso wie stärkende Faktoren und Anreize der physischen und sozialen

Umwelt einbeziehen. Damit geraten Faktoren in den Blick, die die Lebensweise, den life-style, das Verhalten prägen; die Intervention erfolgt um ein oder mehrere Glieder der Kausalkette früher. Zur Identifikation dieser Faktoren wie auch zum Entwurf und zur Umsetzung von Veränderungen sind Kontextkenntnisse und aktive Mitwirkung der Zielgruppen unerlässlich. Gesundheitlich relevant im Sinne der Stärkung von Ressourcen ist für die Zielgruppen sowohl die aktive Teilnahme an der Veränderung als auch das Ergebnis der Intervention: die Veränderungen im Setting. An die Stelle des klassischen Dreischritts der sozialen Prävention: „Information verändert Einstellung und führt zu Verhaltensänderung" tritt – verkürzt gesagt - ein neuer: „Selbst bewirkte Setting-Gestaltung verändert Einstellung und führt dann in der Regel zu weiterem Informationsbedürfnis".

Priorität für Partizipation
Gesundheitsprojekte müssen demzufolge auf allen Stufen des Public Health Action Cycle (assessment, policy formulation, assurance, evaluation) partizipativ gestaltet werden: Einerseits, damit an den tatsächlichen Bedürfnissen der Zielgruppen angesetzt werden kann, und andererseits, weil der Mangel an Teilhabe an der Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen selbst eine Gesundheitsbelastung und einen Ressourcenmangel darstellt bzw. auslöst.

Die direkte Beteiligung (Partizipation) ist für den Gewinn an Gesundheitsressourcen (empowerment) ebenso wichtig wie die damit zu erzielenden Veränderungen der Umwelt. Beispielhaft und beispielhaft erfolgreich zeigt sich dies in Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung, bei denen durch Vorschläge in Gesundheitszirkeln durch direkte Partizipation der Beschäftigten die Arbeitssituation in technischer und sozialer Hinsicht verändert wird und in der Folge der Krankenstand zeitstabil – gleichgerichtet in nahezu allen Krankheitsgruppen - um ca. ein Drittel sinkt, während Arbeits- und Lebenszufriedenheit steigen. Demonstriert wird dies auch durch die HIV/Aids-Prävention, deren – keineswegs auf Verhaltensmodifikation beschränkte - Gestaltung in Deutschland wesentlich in den Händen der am stärksten betroffenen Gruppen liegt und wo die in Deutschland relativ frühe und relativ vollständige Umsetzung dieses Modells zu den niedrigsten HIV-Neuinfektionsraten in Europa geführt hat.

Qualitätssicherung
Um die Potenziale dieser vier Innovationen der Primärprävention nachhaltig zur Gestaltung zu bringen und zu verallgemeinern, tritt Qualitätssicherung als Querschnittserfordernis hinzu.

4. Voraussetzungen des Abbaus der Unterversorgung

Primärprävention und Gesundheitsförderung spielen trotz überzeugender Argumente für die Notwendigkeit und starker Evidenz für die Wirksamkeit in der deutschen Gesundheitspolitik eine nach wie vor beklagenswert geringe Rolle – vor allem mit Blick auf die große und wachsende sozial bedingte Un-

gleichheit von Gesundheitschancen. Es passiert nach wie vor viel zu wenig, und das Wenige, was gemacht wird, ist meistens wissenschaftlich überholte Verhaltensprävention mit viel Gesundheitsförderungs-Rhetorik und wenig Nachhaltigkeit.

Deshalb gibt es seit Beginn der 2000er Jahre die Forderung nach einem neuen rechtlichen Rahmen. Die bisherigen drei Anläufe (2005, 2008, 2013) waren – gemessen an den Anforderungen und den Möglichkeiten – sämtlich suboptimal und wurden von Mal zu Mal schlechter. Die Ablehnung des 2013er Entwurfs durch den Bundesrat im September 2013 war aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht verdienstvoll, weil die Reparatur all der gesundheitswissenschaftlichen Fehler dieses Produkts weit mehr legislative Arbeit bedeutet hätte als die Produktion eines neuen Entwurfs.

Die Serie gescheiterter Anläufe muss mit einem legislativen Neuanfang durchbrochen werden. Den verspricht nun der Koalitionsvertrag zur Bildung der großen Koalition vom 27. 11. 2013: „Wir werden noch 2014 ein Präventionsgesetz verabschieden, das insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie KiTa, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und alle Sozialversicherungsträger einbezieht. Die Kooperation und Koordination aller Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen werden über verpflichtende Rahmenvereinbarungen analog der Regelungen zur Förderung der Zahngesundheit (§ 21 SGB V) und von Schutzimpfungen (§ 20d Abs. 3 SGB V) auf Landesebene verbessert. Dabei sind bundesweit einheitliche Gesundheitsziele und Vorgaben zur Qualität und Evaluation zu berücksichtigen. Länderpräventionsansätze werden einbezogen.“ (Abschnitt 2. 4 des Koalitionsvertrages)

Auf Basis und ohne Widerspruch zu diesen dürren Formulierungen lässt sich ein sehr gutes, europaweit vorbildliches Präventionsgesetz entwickeln, aber eine Garantie für ein gutes Gesetz sind diese Sätze nicht. Die Qualität des Gesetzes wird sich daran entscheiden und messen lassen, ob und inwieweit die folgenden Punkte berücksichtigt werden:

- Durch ein Bundesgesetz zur nicht-medizinischen Prävention und Gesundheitsförderung (SGB XIII?) müssen diese Interventionsformen tatsächlich und symbolisch in den gleichen Rang gehoben werden wie medizinische, pflegerische und rehabilitative Interventionen.

- Zu regeln ist der gesamt Bereich öffentlich geförderter Prävention und Gesundheitsförderung, und zwar von allen Sozialversicherungen, dem ÖGD und anderen kommunalen Stellen sowie von Länder- und Bundesprogrammen.

- Die epidemiologische Situation und ihre Dynamik erfordern, dass das Regelwerk am Oberziel der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen ausgerichtet wird.

- Zur Bündelung der praktischen und wissenschaftlichen Kräfte wie auch zur Ergebnismessung sollen sich die Interventionen auf konsensual gefundene und verbindliche Präventionsziele beziehen.

- Weil Lebenswelt-/Setting-Interventionen zwar einerseits komplex und schwierig zu steuern sind, aber andererseits den größten Ertrag versprechen, müssen sie durch Gesetz – zum Beispiel durch klare Kriterien und ggf. eine Quotierung – besonders gefördert werden.

- Prävention bedarf wie jede gesundheitsbezogene Intervention einer verbindlichen Qualitätssicherung. Verfahren und Kriterien könnten von der hierfür gut qualifizierten Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entwickelt und implementiert werden.

- In Deutschland weiß man bislang nicht, wie viel Geld derzeit hierzulande von Sozialversicherungen, Gemeinden, Ländern und dem Bund für nicht-medizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung ausgegeben wird. Das ließe sich herausfinden. Damit wäre der Betrag bekannt, von dem aus der Ressourcenfluss unter dem neuen Gesetz unter Einschluss der Beiträge der neu hinzukommenden Sozialversicherungen kontinuierlich und proportional zu steigern wäre. Ein solches Vorgehen könnte verhindern, was im Entwurf von 2005 eine offene Flanke war: dass sich einzelne Akteure unter Verweis auf andere aus Aktivitäten bzw. ihrer Finanzierung zurückziehen.

Ein Gesetz, das diese Kriterien erfüllt, könnte einen erheblichen Teil der aus der – wachsenden – Ungleichheit von Lebenslagen resultierenden Ungleichheit von Gesundheitschancen kompensieren und damit die massive und verhängnisvolle Unterversorgung auf diesem Feld verringern.

Literatur

Rolf Rosenbrock/Thomas Gerlinger: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Huber Verlag, Bern 2014.

v.l.n.r.:

Günter Wältermann
Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg

Anne Janz
Stadträtin, Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Deutschen Städtetag

Prof. Dr. Beate Blättner, Moderation
Hochschule Fulda, stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Public Health

Fritz Bindzius
Leiter der Unterabteilung Gesundheit, Abteilung Sicherheit und Gesundheit, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Heinz Krumnack
Erster Direktor der Deutschen Rentenversicherung Rheinland

Podiumsdiskussion: Wege zu neuen Präventionsstrukturen der Sozialleistungsträger

Prof. Dr. Beate Blättner
Sehr geehrte Damen und Herren,
die nun folgende Podiumsdiskussion trägt den Titel „Wege zu neuen Präventionsstrukturen der Sozialleistungsträger". Wir haben heute Morgen gehört, dass die bisherigen drei Anläufe zu einem Präventionsgesetz dreimal gescheitert sind. Die Wahrscheinlichkeit für ein viertes Gesetz ist im Augenblick sehr hoch, die Voraussetzungen dafür günstig. Die Koalition hat sich darauf festgelegt, noch in diesem Jahr eine neue Gesetzesinitiative zu starten, und ich gehe davon aus, dass der politische Wille da ist, dieses Vorhaben umzusetzen. Es geht in unserer Diskussion daher um die Frage, wie denn ein Konsens aussehen könnte, der einerseits politisch durchsetzbar ist, und auf der anderen Seite dem gesundheitlichen Sachverstand entspricht. Ich möchte nun damit beginnen, dass ich Ihnen die Teilnehmenden auf dem Podium kurz vorstelle:

Ich beginne mit Anne Janz, sie ist Stadträtin in Kassel. Gesundheit ist einer ihrer Arbeitsschwerpunkte, insbesondere als Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Deutschen Städtetag. Von ihr stammt ein Ausspruch auf einer Tagung, den ich gerne zitieren möchte: „Kommunen müssten ein hohes Interesse an systematischer Gesundheitsförderung haben, weil Probleme ungleich verteilter Gesundheitschancen vor allem in Kommunen spürbar werden." Als nächsten möchte ich Ihnen Günter Wältermann vorstellen, den Vorstandsvorsitzenden der AOK Rheinland/Hamburg. Herr Wältermann ist seit 25 Jahren für die AOK Rheinland tätig. Zu seinen prägenden Erfahrungen, so habe ich mir sagen lassen, zählte der Aufbau der AOK Leipzig und die Begleitung der Fusion der AOK Rheinland und Hamburg. Als Vertreter der Unfallversicherung ist bei uns Fritz Bindzius zu Gast, Leiter der Unterabteilung Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Herr Bindzius hat in den vergangenen Jahren alle gesetzlichen Vorhaben für ein Präventionsgesetz begleitet. Er kennt zudem nicht nur die Perspektive der Unfallversicherung, sondern war auch einige Jahre bei einer Krankenkasse tätig. Schließlich möchte ich Heinz Krumnack begrüßen, den Sie bereits heute Morgen schon gehört haben. Herr Krumnack ist Erster Direktor der Deutschen Rentenversicherung Rheinland und mit dem Thema auch deswegen eingehend vertraut, weil zu seinen Geschäftsbereichen das betriebliche Gesundheitsmanagement gehört.

Zum Einstieg möchte ich aus der Koalitionsvereinbarung zitieren. Dort heißt es: „Wir werden noch 2014 ein Präventionsgesetz verabschieden, das insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung

stärkt.“ Auffällig ist für mich als Gesundheitswissenschaftlerin an dieser Formulierung, dass regionale Settings, wie zum Beispiel „Gesunde Stadt“, nicht genannt werden. Zudem überrascht die Trennung zwischen Prävention und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Betrieb und betrieblicher Gesundheitsförderung. Und eben diese Trennung zwischen diesen beiden Begriffen macht mich skeptisch, was denn mit dem Begriff Lebenswelten oder Setting im Einzelnen gemeint ist. Rolf Rosenbrock hatte heute morgen die Unterscheidung zwischen der Gesundheitsförderung im Setting und dem gesundheitsfördernden Setting getroffen und nur letzterem attestiert, dass es den wissenschaftlichen Ansprüchen an die Primärprävention entspricht. Es liegt also die Idee nahe, dass die Qualitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung als best practice-Beispiel hierzulande nicht auf andere Lebenswelten übertragen werden sollen. Ich möchte damit zum Einstieg meine Frage an Frau Janz richten: Welche Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Stadt wären aus Ihrer Sicht oder aus Sicht des Deutschen Städtetags in einem neuen Präventionsgesetz zu regeln?

Anne Janz
Also erst einmal finden die Kommunen, die Städte und Landkreise es ausgesprochen wichtig, dass wir einen gesetzlichen Rahmen im Hinblick auf die Prävention bekommen und dass darin auch das Thema Settings definiert wird. Aus meiner Sicht ist es schwierig, von einem Setting Stadt zu sprechen. Eher ist davon auszugehen, dass bestimmte Orte und Lebenswelten in Städtegemeinden gesundheitsfördernd sein können – entweder indem dort gesundheitsfördernde Maßnahmen stattfinden, oder sie sich selber aber als Setting, als Rahmenbedingung gesundheitsförderlich auswirken können. Also das Setting in der Kommune kann sowohl der Ort als auch der Akteur der Gesundheitsförderung sein. Hiermit haben wir in den Städten bereits gute Erfahrungen gemacht, auch gerade bei großen Programmen wie „Soziale Stadt“. Wichtig ist hier die Transparenz, die Beteiligung und Mitwirkung der Betroffenen und das Anliegen, jeweils vor Ort zu entwickeln, wie man Gesundheitsförderung betreiben kann. Von daher wünschen sich die deutschen Städte ein Präventionsgesetz, in dem diese Rahmenbedingungen geregelt werden. Zugleich haben sie die Instrumente in der Hand, diese Settings gesundheitsförderlich auszugestalten. Obwohl, und auch das muss man sagen, nicht jede Kommune auf dem gleichen Stand ist. Manche sind ganz weit, manche müssen erst für sich definieren, dass Gesundheitsförderung eine Aufgabe kommunaler Daseinsvorgabe ist. Nicht zuletzt geht es darum, dass das Geld, das im Bereich Gesundheit eingesetzt wird, bei den Menschen besser ankommt, um das Ziel zu erreichen, gesund, lange und mit hoher Lebensqualität zu leben.

Prof. Dr. Beate Blättner
Vielen Dank, Frau Janz. Meine nächste Frage geht an Herrn Krumnack: Präventionsangebote der Rentenversicherung kennt man bisher vor allem im Kontext der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und als Veränderung des Lebensstils bei Erwachsenen. Welche verhältnispräventiven Maßnahmen und

welche Ansätze, die Gesundheitsressourcen stärken, würden aus Ihrer Sicht zu den Strukturen der Rentenversicherung passen?

Heinz Krumnack
Ich glaube, aus den Beiträgen heute morgen und auch aus den Wortmeldungen der Kolleginnen und Kollegen aus der Rentenversicherung wurde erkennbar, dass wir unsere Präventionsmaßnahmen an dem Adressatenkreis ausrichten, den wir auch zu betreuen haben. Das ist auf der einen Seite der Versicherte und auf der anderen Seite der Arbeitgeber, der Betrieb, in dem der Versicherte tätig ist. Wenn Sie sich das Aufgabenspektrum der Rentenversicherung anschauen, so führen wir Rehabilitation unter der speziellen Zielsetzung durch, die Erwerbsfähigkeit, dort wo sie gefährdet ist, zu erhalten. So gehen wir auch an die Aufgaben der Prävention heran. Daher stehen die Begriffe „Lebenswelt Betrieb“ und „betriebliches Gesundheitsmanagement“ für uns in keinem Widerspruch zueinander, sondern sie bilden Teile eines Ganzen. Und deswegen wünschen wir uns auch ein Präventionsgesetz, das dem Umstand Rechnung trägt, dass wir ein gegliedertes Leistungs- und Finanzierungssystem haben.

Besonders wichtig ist aus meiner Sicht, dass die zahlreichen Maßnahmen stärker miteinander verzahnt werden. Darunter verstehe ich, dass die beteiligten Akteure enger zusammenarbeiten und dies den Versicherten erkennbar zugute kommt. Daher braucht die Prävention eine Organisationsstruktur, die von unten nach oben konzipiert ist und nicht von oben nach unten. Nicht sinnvoll wäre dagegen, hehre Ziele zu beschreiben, eine neue Organisation aufzubauen, die viel Kraft und Geld kostet, ohne dass an der Basis Verbesserungen erzielt werden. Für uns ist von großer Bedeutung, dass man das bisher Erreichte mit einbezieht, sowohl in Hinsicht auf die Verhaltensprävention als auch auf die Verhältnisprävention, die eigentlich zwei Seiten einer Medaille bilden. Denn dort, wo wir mit Arbeitgebern zusammenarbeiten, kümmern wir uns nicht nur um die persönlichen Belange der Versicherten, sondern auch um eine Verbesserung der betrieblichen Abläufe, um die Gesundheit der Beschäftigten dauerhaft zu halten und zu fördern.

Prof. Dr. Beate Blättner
Besten Dank, Herr Krumnack. Hierzu möchte ich noch eine Nachfrage stellen: Frau Senatorin Prüfer-Storcks hat ihr Konzept vorgestellt, nach dem die betriebliche Gesundheitsförderung Teil des Gesamtkonzepts des Präventionsgesetzes wird. Geplant wäre demzufolge, dass 80 Prozent der veranschlagten Maßnahmen in den Lebenswelten bzw. Settings angesiedelt sein sollen, und davon ein Drittel im Betrieb. Die von der Rentenversicherung getragene Prävention wird sich voraussichtlich auf das eine Drittel der betrieblichen Gesundheitsförderung beziehen. Zugleich soll die Deutsche Rentenversicherung nun aber durch das geplante Gesetz in ein Präventionsgeschehen finanziell und inhaltlich einbezogen werden, das weit darüber hinausgeht. Wo wäre für Sie ein denkbarer Anknüpfungspunkt, um beispielsweise Anliegen, die Frau Janz formuliert hat, zu unterstützen?

Heinz Krumnack
Das ist insofern schwierig, als wir an unseren gesetzlich definierten Leistungskatalog gebunden sind. Nun hat Frau Senatorin Prüfer-Storcks heute Morgen berichtet, dass auch Gesetzesänderungen im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung, also des SGB VI, angestrebt werden. In welchem Umfang dies erfolgen soll, ist bis jetzt noch nicht konkretisiert. Wir können uns natürlich vorstellen, dass die gesetzliche Rentenversicherung ihre Aufgaben im Rahmen eines neuen und erweiterten Präventionskonzepts wahrnimmt. Ob wir uns über unsere bisherigen Leistungen hinaus sinnvoll zum Beispiel an kommunalen Strukturen beteiligen können, scheint mir jedoch zweifelhaft. Tatsächlich bin ich gespannt, welche Ansätze für eine übergreifende Vernetzung der neue Entwurf für ein Präventionsgesetz vorsieht. In der derzeitigen Situation geht es aus meiner Sicht eher darum, dass man sich gemeinsam unter den Präventionsträgern abstimmt, gemeinsame Ziele definiert und dies in dem jeweils gesetzlich vorgeschriebenen Sektor umsetzt.

Prof. Dr. Beate Blättner
Vielen Dank für die Erläuterungen. Nun möchte ich gerne zu Herrn Wältermann überleiten. Was macht aus Ihrer Perspektive die bemerkenswerte Erfolgsgeschichte des betrieblichen Gesundheitsmanagements aus, sowohl was die Strukturen und was die Inhalte betrifft? Welche dort erarbeiteten Ansätze sollten aus Ihrer Sicht unbedingt auf andere Settings übertragen werden?

Günter Wältermann
Tatsächlich ist die Prävention ein Thema, das die Arbeit der AOK Rheinland/Hamburg schon seit vielen Jahren prägt, nicht nur in den Betrieben. Aber gerade die betriebliche Gesundheitsförderung, die ihren Ursprung in der Unfallverhütung hatte, hat sich mittlerweile erheblich gewandelt und an Bedeutung gewonnen. Viele Arbeitgeber verstehen die betriebliche Gesundheitsförderung neben den gesundheitspolitischen Aufgaben als wichtigen Faktor für ihren Wirtschaftsstandort. Als AOK ist unser Ansatz, dass wir versuchen, die Versicherten als Beschäftigte tatsächlich gesund durch das Arbeitsleben bis zum Eintritt in die Rente zu führen. Insofern hat für uns die betriebliche Gesundheitsförderung eine hohe Wertschätzung und wir haben hierzu sogar ein eigenes Institut errichtet. Unsere Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung umfassen Verhältnisprävention wie auch Verhaltensprävention. Gleichwohl gibt es in der Arbeitswelt noch viel zu tun. Daher begrüßen wir von der AOK Rheinland/Hamburg ausdrücklich das Präventionsgesetz, sprechen uns aber dagegen aus, die Prävention vorrangig aus monetärer Sicht zu betrachten und zu regeln. Wie meine Vorredner stimme ich einer Verbesserung der Zieldefinition und Zusammenarbeit zu, erwarte aber, dass die Profile der jeweiligen Träger vor Ort erhalten bleiben.

Hierzu zählt, dass die AOK bereits auf langjährige Erfahrungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung zurückblicken kann, gerade hier im Rheinland, wo sie vor zwanzig Jahren im Kreis Mettmann die ersten Programme in und mit den Betrieben entwickelt hat. Zu unseren besonderen Stärken zählen die

vielen Kooperationen im Bereich der Prävention, etwa auf Landesebene, wo wir Schwerpunkte über Zuständigkeitsgrenzen hinweg gesetzt haben. Zu meinen Erfahrungen im Bereich der Prävention zählt auch, dass wir nicht nur über Gesetze oder finanzielle Ausstattung diskutieren müssen. Mir geht es vor allem um einen Wandel in der öffentlichen Meinung, um die von vielen geteilte Überzeugung, wie wichtig die Gesundheitsförderung in den Betrieben und in den übrigen Lebenswelten ist.

Was die Frage anbelangt, inwiefern das Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung auf andere Bereiche übertragen werden kann, so bin ich eher skeptisch. Meiner Überzeugung nach müssen wir die unterschiedlichen Lebenswelten in ihren unterschiedlichen Voraussetzungen verstehen und daraus auch die jeweiligen Maßnahmen entwickeln. Die Anforderungen in der betrieblichen Welt sind ganz andere als in den Schulen oder Kindergärten. Dennoch setze ich auf die Zusammenarbeit auch mit den Kommunen, um gemeinsame Gesundheitsprobleme unserer Bevölkerung auch gemeinsam zu lösen. Es gilt also, die Kräfte dort zu bündeln, wo es sinnvoll ist und die Zusammenarbeit auch Erfolge aufweisen kann.

Prof. Dr. Beate Blättner
Besten Dank, Herr Wältermann. An Herrn Bindzius geht meine Frage zum Verhältnis von Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz. Die gesetzliche Unfallversicherung ist gewissermaßen ein Flaggschiff der Prävention, wobei sie bisher primär Strategien des Gesundheitsschutzes verfolgt hat. Unter Gesundheitsschutz verstehen wir Maßnahmen, die regulativen und normativen Charakter haben. Komplementär dazu setzt die Gesundheitsförderung auf partizipative Strukturen. Der Ansatz der Unfallversicherungen im Gesundheits- und Arbeitsschutz hat sie in den Unternehmen nicht unbedingt immer beliebt gemacht, aber er war durchaus wirkungsvoll. Ich würde gerne von Ihnen wissen, welche Strategien davon auch in Lebensbereichen eingesetzt werden können, zu denen bisher die gesetzliche Unfallversicherung noch kaum Zugang hatte.

Fritz Bindzius
Es sind im Wesentlichen zwei Dinge, die den Erfolg der Unfallversicherung im Arbeitsschutz bedingen. Der eine Punkt ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Die Prävention der Unfallversicherung basiert auf zehn Präventionsleistungen. Dazu gehört die Beratung der Unternehmen beispielsweise bei der gesetzlichen Verpflichtung für Arbeitgeber, Gefährdungsbeurteilungen durchzuführen. Die Qualifizierung aller Akteure im Arbeits- und Gesundheitsschutz ist eine weitere wichtige Präventionsleistung der Unfallversicherung. Sie ist nach den Volkshochschulen der größte Bildungsträger in Deutschland. Auch dies ist ein zentraler Beitrag zur Selbsthilfe in dem Sinne, dass die Betriebe, also die Betriebsleitungen und die Beschäftigten, die Aufgaben und Auflagen des Arbeitsschutzes eigenständig lösen können.

GEROLSTEINER
Sprudel
Anne Janz

Bindzius
Heinz Krumnack

Der andere Punkt ist die Aufsichtsfunktion, die die gesetzliche Unfallversicherung bei der Prävention von anderen Trägern der Prävention unterscheidet. Es können also auch Sanktionen verhängt werden. In diesem Zusammenhang kommen auch die Möglichkeiten von Anreizen, z. B. durch Bonus- und Malussysteme als weitere Präventionsleistung der Unfallversicherung zum Tragen. Erfolgreiche Präventionsarbeit wird so über beitragsrelevante Mechanismen belohnt. Die Unfallversicherung ist neben den betrieblichen Settings aber auch in anderen Lebensbereichen, wie Schulen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Hochschulen, also dem gesamten Bildungsbereich, schon heute präventiv tätig.

Ich stimme Herrn Krumnack zu, dass die Besonderheiten des jeweiligen Sozialversicherungszweiges bei den Regelungen durch ein Präventionsgesetz nicht übersehen werden dürfen. Insofern erscheint mir in erster Linie die Ausweitung und Intensivierung der Zusammenarbeit der Sozialversicherungszweige in der Prävention, aus Sicht der Unfallversicherung insbesondere bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und der Gesundheitsförderung, besonders wichtig. In Hinsicht auf das Präventionsgesetz kann man sich auch die Frage stellen, ob die Unfallversicherung über die derzeit bearbeiteten Settings und Lebensbereiche hinaus tätig werden soll. Wir sind ja nicht nur für den Bereich der Betriebe zuständig, wir haben ja auch durch die Unfallkassen eine Zuständigkeit in Schulen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Hochschulen, also dem gesamten Bildungsbereich, wo wir Prävention betreiben. Hier stimme ich Herrn Krumnack zu, dass nicht die Besonderheiten des jeweiligen Sozialversicherungsträgers übersehen werden dürfen. Insofern liegt mir in erster Linie an der Ausweitung der Zusammenarbeit, wie etwa in dem Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Dort ist die gesetzliche Unfallversicherung Mitglied und arbeitet beispielsweise im kommunalen Kontext mit anderen Institutionen zusammen.

Prof. Dr. Beate Blättner
Sie haben heute Morgen gehört, dass in den Gesundheitswissenschaften Partizipation im Sinne von Entscheidungsmacht und Teilhabe an sozial anerkannten Aktivitäten als wesentliche gesundheitsfördernde Ressource wirkt. Daher ist meine Frage an Sie, wie ein solcher Ansatz im Präventionsgesetz verankert werden könnte?

Anne Janz
In den Statements meiner Vorredner ist schon deutlich geworden, dass mehr Zusammenarbeit und Kommunikation anzustreben ist. Gerade zum Thema Unfallschutz möchte ich darauf hinweisen, da ich vor Ort auch für die Jugendhilfe und Schulen zuständig bin, dass uns das Thema Gesundheits- und Unfallschutz derzeit große Probleme bereitet. Denn wir müssten Vorgaben und Regelungen im Bereich Unfallschutz umsetzen, die den Bewegungsdrang von Kindern und Jugendlichen einschränken und damit aus gesundheitlichen Gesichtspunkten kontraproduktiv sind. Deswegen ist die derzeit noch fehlende Verzahnung der Präventionsleistungen und -angebote ausgesprochen sinnvoll.

Hier sehe ich unter anderem die Aufgabe für ein neues Präventionsgesetz, die Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit einerseits zu schaffen, und andererseits die Partizipation zu stärken. Denn erst wenn die Betroffenen auch wirklich zu Beteiligten werden, erst wenn sie sich eine verbesserte Gesundheitsförderung erarbeitet haben, wird dies auch wirksam. Es gibt gute Beteiligungsstrategien und -methoden, die aber nur vor Ort stattfinden können.

Hierzu habe ich in einem anderen Bereich sehr gute Erfahrungen gemacht. Es ist heute Morgen auch schon angeklungen, dass man in den Kindertagesstätten sinnvoll Erzieherinnen und selbst die Kinder beteiligen kann, und dies nicht nur in Bezug auf die Frage, was will ich essen, sondern auch auf die Frage, wie soll das gesundheitsfördernde Umfeld Kita aussehen. In der Regel werden dann nicht Wolkenkuckucksheime gefordert. Aber natürlich kommen unter dem Stichwort Partizipation auch Forderungen von Bürgerinnen und Bürgern auf den Tisch, die derzeit in der kommunalen Wirklichkeit angesichts der angespannten Finanzsituation vieler Kommunen schwer zu erfüllen sind, aber auch die Widersprüchlichkeiten und das Nebeneinander sehr gut deutlich machen. Ein Beispiel ist die Frage des Schwimmenlernens und der Freizeitgestaltung in öffentlichen Schwimmbädern. Wenn ich das auf die Tagesordnung hebe, dann sind viele Kommunen angesichts der ungleichen Verteilung der Ressourcen gezwungen, diese kommunale Infrastruktur einzustellen. Schwimmbäder sind aber Orte, wo Kinder und Jugendliche sich selber erleben können, wo sie sich sportlich betätigen können, und die bei Kindern und Jugendlichen ganz oben auf der Wunschliste der Freizeiteinrichtungen stehen. Das ist also ein Programm, das man als Daseinsvorsorge begreifen kann. Beim Präventionsgesetz ist die Frage, ob man solche Ansätze auch mit einbezieht, die eben nicht individuell sind, sondern der Gemeinschaft dienen und zum Thema Gesundheitsförderung beitragen können. Hierzu gibt es viele Ansätze und viele Beispiele. Der Partnerprozess „Gesundheitliche Chancengleichheit“ zeigt auf, was eigentlich möglich ist. Allerdings sind dies noch keine flächendeckenden Ansätze. Diese müssen nun in eine gemeinsam strukturierte Strategie münden, damit sie auch wirklich wirksam werden. Es geht also um mehr, als wenn eine Kindertagesstätte Bewegungsförderung anbietet, und alle anderen nebenan nicht, weil es nur dort aktive Eltern gibt, die Fundraising betreiben können. Doch da, wo wir so etwas eigentlich und dringend brauchen, wo Kinder in beengten Verhältnissen wohnen und das Spielen auf der Straße nicht möglich ist, findet so etwas in der Regel nicht statt. Aufgabe einer gemeinsamen Strategie ist daher, eine bessere Verteilung der Ressourcen und damit der Gesundheitschancen zu erwirken. Dies wird vor allem auf der kommunalen Ebene in den Vierteln erkannt und gerade dort weiß man häufig, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um die Ressourcen sinnvoll in der Prävention und Gesundheitsförderung wirksam einzusetzen.

Prof. Dr. Beate Blättner
Besten Dank, Frau Janz. Die Beispiele, die Sie jetzt genannt haben, sind sehr anschaulich für ein potentiell großes Konfliktfeld. Man kann sich die gar nicht unrealistische Situation gut vorstellten, dass zum einen ein Schwimmbad ge-

schlossen wird, gleichzeitig in der Stadt Kurse zur Bewegungsförderung für Kinder angeboten werden. Wie unsinnig das ist, liegt eigentlich auf der Hand. Allerdings kann ich mir schwer vorstellen, dass das neue Präventionsgesetz Regelungen aufnimmt, die den Kommunen erlauben, die Schwimmbäder im Dienste der Gesundheitsförderung weiter zu betreiben.

Fritz Bindzius
Natürlich ist es State of the Art, dass Partizipation eine ganz wesentliche Rolle spielt. Die Frage ist nur, wie weit ein Präventionsgesetz hier gehen kann? Wie detailliert kann es entsprechende Regelungen treffen? Die Art der Partizipation, wie sie dann in den verschiedenen Lebenswelten stattfinden sollte, müsste ganz unterschiedlich geregelt sein. Was die betriebliche Lebenswelt angeht, gibt es hier einschlägige Gesetze wie z. B. das Mitbestimmungsgesetz oder das Betriebsverfassungsgesetz und so weiter. Ein Präventionsgesetz kann die Partizipation in den verschiedenen Lebenswelten nicht regeln. Es kann lediglich das Prinzip der Partizipation formulieren.

Heinz Krumnack
Um Ihr Beispiel mit den Schwimmbädern aufzugreifen: Ich glaube, wenn Sie in die kommunale Haushaltswirtschaft eingreifen würden, wäre die Partizipation schnell am Ende. Denn damit würde man an finanzielle Grenzen stoßen. Partizipation hat sicherlich zwei Seiten. Einmal, dass die beteiligten Träger enger zusammenarbeiten und an einem Strick ziehen in die richtige Richtung. Zum zweiten, dass sie bei den Beteiligten an der Basis nicht als Zwangsbeglückung aufgefasst wird. Das ist doch die Schwierigkeit, die wir nach wie vor haben, wenn wir Prävention anbieten. Zentral ist, dass die Beteiligten sie auch annehmen. Hinzu kommt, dass Arbeitgeber und Betriebe vom Sinn der Prävention überzeugt sind, zu Gunsten der Beschäftigten und für den Betrieb. Und dazu gilt es noch eine Menge Arbeit zu leisten. Dass allein ein Präventionsgesetz die nötigen Erkenntnisse schafft, kann ich mir nicht so richtig vorstellen. Denn an diesem Werkstück arbeiten wir jetzt schon seit vielen Jahren. Das gelingt bei großen Unternehmen in der Regel ganz gut. Die haben den Sinn der Prävention in der Regel früh erkannt. Bei mittleren und kleinen Unternehmen müssen wir in der Tat dicke Bretter bohren, um diese Erkenntnis zu fördern. Aus Sicht der Sozialversicherung ist das ein zentrales Problem, vor dem wir heute stehen. Die Aufgabe ist eben nicht, tolle Regeln zu erfinden, noch ein Gremium zu errichten, noch ein Gesetz zu machen, sondern Prävention auf die Straße zu bekommen.

Günter Wältermann
Für mich ist das ganze Thema eigentlich eine Gleichung. Geschwindigkeit gleich Struktur mal Leidenschaft. Struktur ist das, was über die Beteiligten an der Prävention einschließlich der Krankenversicherungen geschaffen werden muss. Da muss die Zusammenarbeit definitiv noch stärker ausgeprägt werden, als wir das heute haben. Doch Leidenschaft bekommen Sie nur hin, wenn Sie betroffen sind. Das heißt, Sie müssen tatsächlich zu den Eltern gehen, zu den Kindern, in die Schulen, zu den Arbeitgebern. Wir haben dort Probleme

mit psychischen Erkrankungen. Nur dann, wenn Sie ein Problem haben und nach Lösungen suchen, kriegen Sie auch die Menschen zusammen an einen Tisch, die bereit sind, ungewöhnliche oder auch neue Wege zu gehen. Insofern ist die Partizipation der Betroffenen grundlegend, um Erfolg zu haben. Ein Gesetz wird aus meiner Sicht an der Basis wenig helfen. Erfreulicherweise erleben wir bereits heute, dass sich die Menschen einbringen wollen in den Kindergärten, Schulen und Betrieben. Wenn wir Angebote vor Ort entwickeln, dann werden sie insbesondere dort aufgenommen, wo tatsächlich auch Probleme auftreten und der Wille vorhanden ist, sie zu lösen. Wir erleben hoch engagierte Arbeitgeber, aber auch Beschäftigte in Schulen und Kindergärten, die sich, wenn wir Maßnahmen anbieten, sofort mit entsprechenden Kooperationen und Gesundheitszielen einbringen. Diese gute Basis sollten wir nutzen, und deshalb wird aus meiner Sicht heute schon Partizipation im Bereich der Prävention gelebt.

Prof. Dr. Beate Blättner
Vielen Dank an Sie für Ihre Bereitschaft, zunächst inhaltliche Fragen zu diskutieren, ehe wir nun über bestehende und neue Strukturen debattieren. Ein Streitpunkt bisheriger Anläufe war die Frage der autonomen Entscheidung über die Verwendung von Versichertengeldern für öffentliche Aufgaben. Der Koalitionsvertrag sieht hierzu Rahmenvereinbarungen vor. Welche Lösung können Sie sich vorstellen, die allen Seiten gerecht werden kann. Wie weit geht Ihre Akzeptanz und wo ist deren Grenze gesteckt?

Heinz Krumnack
Ich könnte mir sofort eine Rahmenvereinbarung vorstellen, die wir zum Beispiel mit den Krankenkassen, aber auch mit anderen Leistungsträgern abschließen, in der wir bestimmte Ziele formulieren. Das wäre meines Erachtens eine sinnvolle Sache, auch unter Mitwirkung von Seiten der Politik. Dagegen sollte die Umsetzung der vereinbarten Ziele Sache der Leistungsträger bleiben. Sie sagten gerade „autonome Entscheidungen“, so autonom sind wir als Leistungsverwaltung gar nicht, wie es den Anschein hat. Denn wenn die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, dann ist die Leistung auch zu erbringen. Ein kontraproduktiver Ansatz eines künftigen Präventionsgesetzes wäre die Schaffung zentralisierter Strukturen oder sogar die Errichtung eines neuen Präventionsträgers, bei dem die Prävention angesiedelt wäre. Dies erst recht, wenn hierbei die Leistungs- und die Finanzierungsverantwortung auseinanderfallen. Das ist bei allen Beteiligten ausgesprochen schwer vorstellbar, denn die finanziellen und strukturellen Probleme, die daraus entstehen, machen eine erfolgreiche Umsetzung vermutlich erheblich schwieriger. Wir haben gewachsene Strukturen, wir haben klare Aufgaben, und diese Aufgabenteilung, so wie wir sie heute haben, müssen wir zusammenbringen zu einer gemeinsamen effektiven Anstrengung in der Prävention. Das ist das Entscheidende und hier räume ich der Politik auch eine Kontrollfunktion ein. Immer also, wenn Defizite auftreten, ist die Politik aufgerufen, die Umsetzung der beteiligten Träger zu verbessern. Wir haben heute morgen über Gesundheitsziele gesprochen, die man nachlesen kann auf der Internetseite „Gesundheitsziele.

de“. Hier gilt es also, die Ziele zu definieren und die Realisierung verbindlich festzulegen. So muss man das Rad nicht neu erfinden, sondern kann schnell und erfolgreich loslegen.

Prof. Dr. Beate Blättner
Besten Dank, Herr Krumnack. Als potentiellen Kooperationspartner haben Sie Herrn Wältermann angesprochen, daher meine Frage an ihn: Sie haben als Krankenkasse viele Erfahrungen mit den Regelungen, die im Sozialgesetzbuch die Präventionsmaßnahmen vorgeben. Herr Rosenbrock hat heute Morgen die Frage aufgeworfen, ob es überhaupt vorstellbar ist, wie in der Koalitionsvereinbarung formuliert, die Vorgaben des Sozialgesetzbuches V nun auf ein Präventionsgesetz übertragen zu können. Ist dies aus Ihrer Sicht als Referenz geeignet, obwohl der gesamte Rahmen der Prävention ein vielfältiges Handlungsfeld mit ganz unterschiedlichen Akteuren umfasst? Hinzu kommt das Problem, dass es im neuen Gesetz um weit mehr als um medizinische Prävention geht. Wie müsste aus Ihrer Sicht ein solches Gesetz formuliert werden, damit es praxistauglich ist?

Günter Wältermann
Grundsätzlich schließe ich mich meinem Vorredner an. Ich glaube, dass der Gesetzgeber durchaus das Recht und die Verpflichtung hat, Ziele vorzugeben. Diese Ziele müssen entsprechend abstrakt gefasst werden, weil man nicht sämtliche Einzelmaßnahmen kontrollieren kann. Hier hat der Gesetzgeber in finanzieller Hinsicht bereits gewisse Gewichtungen in der Prävention vorgenommen, gerade auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung, die ein wichtiger Arbeitsbereich der gesetzlichen Krankversicherung ist. Wir sehen ja auch schon, dass bestehende Strukturen funktionieren können, sowohl in Hamburg als auch in Nordrhein-Westfalen, wo die Landesgesundheitskonferenz sich gemeinsam klar definierte Ziele vornimmt, deren Erfüllung die beteiligten Träger dann vorantreiben. Auf der Bundesebene des Präventionsgesetzes sollten die Vorgaben allerdings nicht so eng gesteckt sein, dass unsere eigenen Ideen und Innovationen nicht aufgegriffen werden können. Die Krankenversicherung lebt schon mit vielen zertifizierten und qualifizierten Maßnahmen, die viel Bürokratie mit sich bringen. Ich bin davon überzeugt, dass wir viel Entscheidungsfreiheit vor Ort brauchen. Zur Finanzierung: Wenn der Gesetzgeber den Mut für eine Mehrausgabe in der Prävention in der gesetzlichen Krankenversicherung hat, dann sollte er auch den Mut haben, auch die übrigen Leistungsträger zu Steigerung der finanziellen Aufwendungen zu verpflichten. Wenn die Prävention wirklich als hohes gesellschaftliches Gut anerkannt wird, dann sind alle Beteiligten einschließlich der Länder und Kommunen gefordert. Mehr Prävention darf nicht nur zu Lasten der Sozialversicherungsträger gehen.

Fritz Bindzius
Ich möchte hier eine gewisse Skepsis äußern zu Präventionszielen, die der Gesetzgeber verbindlich vorgibt. Maßgeblich für die Arbeit der gesetzlichen Unfallversicherung ist hier die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrate-

gie. Sie ist gesetzlich verankert, sowohl im Arbeitsschutzgesetz als auch im SGB VII. Hier haben die Unfallversicherung, die Länder und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Ziele einvernehmlich festgelegt, nicht der Gesetzgeber. Diese Ziele betreffen wichtige Bereiche der Prävention und Gesundheitsförderung. Sie sind auch mit dem Zielsystem der gesetzlichen Krankenversicherung abgestimmt worden. Diese Tatsachen dürfen von einem Präventionsgesetz und den dortigen Regelungen für festzulegende Präventionsziele nicht außer Acht gelassen werden. Ich möchte außerdem auf das bereits angeführte Modell im Paragraph 21 SGB V eingehen. Es wird ja von einigen als gutes Beispiel für regionale Vereinbarungen betrachtet. Paragraph 21 SGB V regelt nur das Miteinander einiger weniger Akteure, nämlich dasjenige der Krankenkassen, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Zahnärzteschaft und zwar im Bereich der Verhütung von Zahnerkrankungen. Nun aber haben wir es mit Blick auf den Regelungsgegenstand eines Präventionsgesetzes mit einem riesigen Feld von Akteuren und damit auch Kooperationspartnern in der Region zu tun. Bislang fehlt mir die Phantasie, die Regelungen des Paragraphen 21 SGB V auf diese zahlreichen Akteure und die vielfältigen zu regelnden Handlungsbereiche zu übertragen. Hat der Bezug zum Paragraphen 21 SGB V in der Koalitionsvereinbarung möglicherweise lediglich die Funktion, durch ein Präventionsgesetz primär die Mittel der Sozialversicherungen zu verplanen? Besteht möglicherweise die Tendenz, wenn es um Finanzierungsfragen geht, die Partikularinteressen der öffentlichen Hand in den Vordergrund zu stellen? Mein Verdacht gründet sich zugegebenermaßen auf den bisherigen Anläufen für ein Präventionsgesetz.

Prof. Dr. Beate Blättner
Vielen Dank, Herr Wältermann und Herr Bindzius. Nun möchte ich Sie, Frau Janz fragen, wo Sie die Position der Kommunen in einer solchen Rahmenvereinbarung sehen? Und wie ist dies aus Ihrer Sicht gesetzlich regelbar? Außerdem möchte ich Sie bitten, auf die Diskussion über die Präventionsziele noch mal einzugehen. Sind aus kommunaler Perspektive die Ziele, die bisher formuliert wurden, die richtigen Ziele oder welche Zielsetzungen stehen aus Ihrer Sicht im Vordergrund?

Anne Janz
Auch ich glaube, dass bei den Präventionsstrukturen ein wichtiger Regelungsbedarf besteht. Das bisherige Nebeneinanderher sollte überwunden werden. Bei dem Thema Zahngesundheit haben wir erste gute Ansätze mit großen Erfolgen. Die Finanzierung erfolgt gemeinsam mit den Krankenkassen nach einem Fondsmodell. Zum Beispiel gehen in Kassel die Kinder- und Jugendzahnärzte in jede Schule und Kita, untersuchen die Zähne, beraten die Kinder zur Zahngesundheit, egal ob sie vor einer Woche aus Somalia gekommen sind oder im Kurort Bad Wilhelmshöhe wohnen und erreichen in den Schulen alle Kinder, egal in welcher Krankenkasse sie versichert sind. Weil dies flächendeckend geschieht, kann man sagen, dass Kinder in Kassel wirklich weniger Zahnschmerzen haben. Das ist ein Präventionserfolg für die Kinder, für die Eltern und letzten Endes auch für die Kassen, denen Leistungen we-

Günter Wältermann
Anne Janz

Heinz Kommack

gen Zahnkrankheiten erspart werden. Dieses Vorgehen kann man auf andere Ziele anwenden. Deswegen ist das Präventionsfeld „gesund aufwachsen“ als wichtiges gemeinsames Ziel zu benennen, das aus dem Maßnahmenkataloge der Sozialleistungsträger folgen sollten. Das Konzept der Prävention sollte weiterhin für alle Bevölkerungsgruppen und alle Altersgruppen sein und als Auftrag sowohl für die Kommunen wie für Sozialleistungsträger in einer Verantwortungsgemeinschaft gelten. Also von der Wiege bis zur Bahre, für die Krankenkassen und für die kommunale Daseinsfürsorge. Eine Schwierigkeit ist sicher die unterschiedliche Ausgangslage. Die Probleme stellen sich vor Ort sehr unterschiedlich, in einem kleinen Ort in Thüringen gibt es andere Aufgaben als im Bezirk Neukölln in Berlin. Je nach Bedarf muss man andere Projekte verfolgen, andere Maßnahmen vornehmen und andere Strukturen der gemeinsamen Planung finden. In Kassel haben wir diese Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention beim Öffentlichen Gesundheitsdienst angebunden. Die Verankerung auf kommunaler Ebene muss dringend diskutiert und geklärt werden. Wichtig sind Vorgaben, die es erlauben, dass man Präventionsmaßnahmen proaktiv ergreifen darf. So ist es die Aufgabe eines Präventionsgesetzes, nicht nur Rahmenbedingungen vorzugeben und zu kontrollieren, sondern proaktives Handeln für und mit besonderen Zielgruppen zu fördern. Zugleich ist wichtig, dass die Sozialleistungsträger nicht nur die eigene Klientel im Blick haben, sondern die Gesundheitslagen der gesamten Bevölkerung mitdenken. Gerade für die Errichtung langfristiger Strukturen, jenseits von kurzfristigen Projekten, haben wir auf kommunaler Ebene hohe Erwartungen an das Präventionsgesetz. Was die Finanzen betrifft, geht es mir um eine sinnvolle Koordinierung der Mittel für gemeinsame Präventionsleistungen von Kommunen und Sozialversicherungsträgern.

Prof. Dr. Beate Blättner
Vielen Dank, Frau Janz. Als Anmerkung zu Ihrer Einschätzung möchte ich darauf hinweisen, dass gerade in Hessen die Gesundheitsförderung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst relativ dürftig verankert ist. Sehen Sie hier nicht einen Widerspruch zu Ihren Ausführungen?

Anne Janz
Natürlich ist das nicht unproblematisch. Hier sind wir als Kommunen gefordert und das Bohren dicker Bretter ist auch im Bundesland Hessen notwendig.

Prof. Dr. Beate Blättner
Meine nächsten Fragen betreffen konkrete Problemstellungen. Bei den Formulierungen des Koalitionsvertrags habe ich mich gefragt, auf was die Analogie zum Paragraph 21 SGB V zielt und wer die genannten, in den Ländern zuständigen Stellen sein sollen? Sind es die Ministerien oder der Öffentliche Gesundheitsdienst oder möglicherweise die Landesvereinigungen für Gesundheit? Damit verbunden ist die Frage, wie viel Einfluss auf das Präventionsgeschehen die Politik nehmen will und inwieweit auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnis entschieden wird? Gerade bei der Gesundheitsziele-Diskussion könnte man anfangen. Aus wissenschaftlicher Perspektive gibt es manche Ziele, die un-

bestritten sind, zum Beispiel „gesund aufwachsen“, gerade weil sie so breit gefasst sind. Aber wenn es dann konkret nur um Ernährung und Bewegung geht, dann haben wir nicht alles erfasst, was aus Sicht der Gesundheitswissenschaft zu den Zielaufgaben zählt. Wie ist Ihre Einschätzung? Wie viel Politik, wie viel Selbstverwaltung, wie viel wissenschaftlicher Sachverstand sollte die Prävention bestimmen und welche Rolle sollten die Kommunen spielen?

Günter Wältermann
Wir sollten uns alle den Gefallen tun, nicht in den typisch deutschen Fehler zu verfallen, gute Gedanken so in Bürokratie einzukleiden, dass am Ende der Erfolg verspielt wird. Die Verantwortlichen und ausgewiesene Fachleute gehören in die Entscheidungsgremien hinein, und wer keine Verantwortung trägt, bleibt außen vor. Verantwortungsträger in Nordrhein-Westfalen sind aus meiner Sicht das Ministerium, der Öffentliche Gesundheitsdienst und die Landesgesundheitskonferenz. Hier müssen Zusammensetzungen neu geregelt werden, die nicht ohne weiteres durch den Paragraph 20 geschaffen werden können. Auch wenn die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2012 insgesamt 238 Mio. Euro für Prävention ausgegeben haben, übrigens der größte Anteil überhaupt in der Prävention, so wird dies nicht ausreichen, um die notwendigen Strukturen vor Ort zu schaffen. Dafür brauchen wir die Kommunen und die entsprechenden Beteiligten vor Ort. Wovor ich aber warne, ist eine Konstruktion mit tausend Beteiligten, wo es notgedrungen sehr bürokratisch zugeht und die nötigen Ergebnisse verhindert werden. Was nicht passieren sollte, beschreibt das Sprichwort: „Es kreißte der Berg und gebar eine Maus“. Was zählt, ist die klare Regelung von Verantwortungen. Wer die Prävention umsetzt, soll im vorgegebenen Rahmen auch die maßgeblichen Entscheidungen treffen können.

Prof. Dr. Beate Blättner
Besten Dank, Herr Wältermann. Dem ist sicherlich zuzustimmen. Zugleich möchte ich noch zur Rolle der Wissenschaft nachfragen. Wie viel wissenschaftliche Fundierung benötigen Ihrer Ansicht nach die Maßnahmen für die Definition des Bedarfs und für die Wirksamkeitsnachweise?

Günter Wältermann
Bei den Maßnahmen selbst haben wir heute schon die Situation, dass unsere Kurse zertifiziert sind, um die qualitativen Voraussetzungen zu erfüllen. Wenn es darum geht, nachzuvollziehen, welche Maßnahme tatsächlich wie gewirkt hat, sind wir bei evidenzbasierten Studien. Dann wird es schon wieder schwieriger. Denn wie soll ich Maßnahmen bemessen, die im Kindergarten beginnen? Diese Kinder haben die unterschiedlichsten Startvoraussetzungen und gehen unterschiedliche, schwer nachzuverfolgende Wege. Aus meiner Sicht muss die Wirksamkeit der Maßnahmen wissenschaftlich evaluiert werden, aber man muss mit dem nötigen Pragmatismus an die Aufgaben herangehen. Auch evidenzbasierte Studien haben ihre Grenzen und können nicht jede Maßnahme angemessen bewerten.

Anne Janz
Ein gutes Beispiel ist aus meiner Sicht die Bewegungsförderung. Man weiß im Prinzip, dass Bewegungsförderung für Kinder am sinnvollsten in der Kindertagesstätte angeboten werden sollte. Und dies sollte auch flächendeckend geschehen. Es ist also mehr zu leisten, als nur Vorzeigeprojekte; effektiver wäre etwa die Ausbildung von Erzieherinnen zum Beispiel im Bereich von Bewegungsförderung von Kindern. Wenn man in einer Kommune das Thema Gesundheitsförderung integriert betrachtet, unter Einbeziehung der Jugendhilfe und der Schule, erfordert dies Konzepte, mit denen man die Kinder nach der Kita eben unter dem Gesundheitsaspekt nicht aus dem Fokus verliert, sondern gemeinsam mit den Eltern und in den Settings, etwa den Ganztagsschulen, das Thema weiterverfolgen kann. Die Förderung umfasst natürlich viel mehr, bis hin zur Stärkung der Gesundheitsressourcen, der Resilienz und Selbstwirksamkeit. Idealerweise würde man eine Kette von integrierten Fördermaßnahmen entwickeln bis hin zum Übergang Schule und Beruf, in der es um das Gesamtthema „gesund Aufwachsen" geht. Prävention ist ein auf lange Frist angelegtes Konzept, auf das auch das Präventionsgesetz eingehen sollte.

Prof. Dr. Beate Blättner
Vielen Dank, Frau Janz. Bewegungsförderung ist ein interessantes Beispiel, das deutlich macht, wie sehr wissenschaftliche Betrachtung und allgemeine Annahme auseinandergehen können. Plausibel ist natürlich die Annahme, dass Bewegungs- und Ernährungsangebote in Schulen zu weniger dicken Kindern führen. Wissenschaftliche Studien aber belegen, dass dies unter dem Aspekt sozialer Benachteiligung nicht stimmt. Es gibt Hinweise darauf, dass von solchen Maßnahmen nur diejenigen profitieren, die wir eigentlich nicht unbedingt erreichen müssen. Eine Studie in Grundschulen zeigt, dass bei sozial benachteiligten Kindern das Ergebnis der Intervention eine Gewichtszunahme war. Irritierend ist, dass wir so weitermachen, als hätte es diese Untersuchungen nie gegeben.

Anne Janz
Da stimme ich Ihnen vollständig zu: Man muss wissen, was man tut und genau prüfen, welche Maßnahmen für welche Kinder geeignet sind.

Fritz Bindzius
Zur Frage nach der Verantwortung der, wie es in der Koalitionsvereinbarung heißt, zuständigen Stellen: Aus meiner Sicht sollten das diejenigen Akteure sein, die die Ressourcen für die Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung stellen. Sie sollten auch über deren Verwendung befinden. Was die wissenschaftliche Untersuchung der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen betrifft, müssen die unterschiedlichen Handlungsfelder berücksichtigt werden. Im traditionellen Arbeitsschutz, wo es z. B. um Gefahrstoffe und deren Substitution geht, kann man relativ einfach einen wissenschaftlichen Nachweis über die Wirksamkeit von Prävention erbringen. Wenn es jedoch um so etwas wie das betriebliche Gesundheitsmanagement in einem Unternehmen oder um Kampagnen geht, wird es deutlich komplizierter, weil man

hier keine, wie es so schön heißt, isolierten Bedingungsvariationen wie in einem Experiment etablieren kann. Hier bieten sich sicherlich auch nicht immer die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin an. Wenn die wissenschaftlichen Methoden den Handlungsfeldern entsprechen, dann kann die Wissenschaft unbedingt einen positiven Beitrag leisten. Wir haben z. B. in der Initiative „Gesundheit und Arbeit“, einem die Kranken- und Unfallversicherung übergreifenden Kooperationsansatz, der seit über fünfzehn Jahren gut funktioniert, eine Methode für die Festlegung der Präventionsziele entwickelt. Bei derartigen Vorhaben kann ich mir eine verstärkte wissenschaftliche Beratung sehr gut vorstellen. Einzelne Kriterien zur Ableitung von Präventionszielen bekommen eine bestimmte Gewichtung in Bezug auf ihre Relevanz und Umsetzbarkeit. Wissenschaftliche Expertise und Begleitung sind bei derartigen Ansätzen gefragt. Ein Feld, wo ich eine enge Verbindung von Wissenschaft und Praxis der Prävention für sehr bedeutsam und hilfreich halte.

Heinz Krumnack
Ich möchte abschließend nur auf den Aspekt der wissenschaftlichen Begleitung und Untersuchung hinweisen. Das macht die Deutsche Rentenversicherung Rheinland intensiv. Wir lassen sehr viele Präventionsmaßnahmen wissenschaftlich begleiten und schätzen diese Expertise sehr. Allerdings gilt es auch hier den Grundsatz der wirtschaftlichen Mittelverwendung zu beachten, nicht jede Leistung muss begleitet werden. Hier kommt es also auf eine vernünftige Mittelverwendung für die Forschung angesichts begrenzter Reha-Budgets an.

Prof. Dr. Beate Blättner
Vielen Dank, Herr Bindzius und Herr Krumnack. Zugleich ist damit die Diskussion auf dem Podium beendet und mein Dank geht an alle vier Teilnehmenden für Ihre Beiträge, die ein Interesse erkennen lassen, Schwächen im derzeitigen Präventionsgeschehen zu benennen und Konzeption, Zielsetzung und Rahmenbedingungen weiterzuentwickeln. Abschließend möchte ich einige zusammenfassende Gedanken zum Präventionsgesetz vorstellen. Nach wie vor gehe ich davon aus, dass mit aller Wahrscheinlichkeit noch im Jahr 2014 ein Präventionsgesetz verabschiedet wird. Ich bin aber skeptisch, ob das Präventionsgesetz tatsächlich der große Wurf sein wird. In manchen Punkten ist es möglicherweise sogar gut, wenn sich das Gesetz eine Selbstbeschränkung auferlegt, weil verschiedenste Politikbereiche und gesellschaftliche Handlungsfelder in die Prävention einzubeziehen sind. So werden wir sicherlich nach dem Erlass des Präventionsgesetzes eine langjährige Debatte darüber haben, wie man das Gesetz verbessern kann.

Zentral am jetzigen Präventionsgesetz wird der Gedanke der Kooperation sein, die Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen umfasst. Die Ausgestaltung dieser Kooperation bleibt die zentrale Herausforderung. Wenn ich die Bedürfnislage der Teilnehmenden an der Podiumsdiskussion richtig verstanden habe, dann gilt sicherlich der Satz: so wenige politische Vorgaben wie möglich, so viele wie nötig. Wobei man sicherlich über das richtige Maß von Notwendigkeit und Möglichkeit bei den unterschiedlichen Interessen und

Einschätzungen im Einzelnen streiten muss. Der Setting-Ansatz wird im neuen Gesetz sicherlich gestärkt werden. Ob es gelingen wird, einen Setting-Ansatz nach den Regeln der Gesundheitswissenschaften im Gesetz zu formulieren, betrachte ich noch mit einer gewissen Skepsis. Vielmehr wird es die Aufgabe der beteiligten Träger sein, den Ansprüchen eines erfolgreichen Setting-Ansatzes gerecht zu werden. Möglicherweise ist es auch sinnvoller, wenn die Träger gemeinsam Standards entwickeln, als dies von oben mit einer politischen Vorgabe durchsetzen zu wollen. Gesundheitsziele sollten auf der Bundesebene vor allem als Rahmenbedingungen gesetzt werden. Wichtiger wird es sein, die konkreten Ziele und Aufgaben auf der Ebene der Länder und Kommunen zu definieren. Zugleich möchte ich darauf hinweisen, dass Gesundheitsziele nicht Präventionsziele sind, für die es tatsächlich noch einigen Klärungsbedarf im Gesetz und in der Umsetzung gibt.

Unstrittig ist sicherlich, dass die besondere Orientierung der Prävention auf soziale Benachteiligung im Gesetz stehen muss, wenn es ein vernünftiges Präventionsgesetz sein soll. Was die Finanzierung anbelangt, so stehen Fondslösungen im Raum. Sicherlich wird dies nicht allen gefallen, zugleich sollten aber auch Einzellösungen erlaubt bleiben. Gerade hier wird noch einiges an legislativem Handwerkzeug und politischem Pragmatismus nötig sein, um zu einer überzeugenden Kompromisslösung zu gelangen. In dem Sinne wünsche ich den Verantwortlichen für das Gesetz wie für die Umsetzung eine gute Hand und freue mich darauf, das Präventionsgesetz in den nächsten Jahren wissenschaftlich begleiten zu können.

Vielen Dank noch einmal an Frau Janz, Herrn Wältermann, Herrn Krumnack und Herrn Bindzius und vielen Dank an das Publikum für Ihre Aufmerksamkeit und Diskussionsbeiträge.

Barbara Steffens
Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW

Die Position der Landesregierung NRW zur Präventionspolitik

Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlichen Dank für die Einladung. Ehe wir uns mit Blick auf das Thema „Präventionsgesetz“ darüber unterhalten, welche Kostenträgerinnen und -träger im System künftig für welche Leistung zu zahlen haben, möchte ich mit Ihnen zunächst einen Schritt zurückgehen und einige grundsätzlichere Fragen aufgreifen.

Vorrangig ist für mich eine gesundheitspolitische Standortbestimmung: Welche Präventionsangebote und -maßnahmen gibt es heute, wie effizient sind sie und welche fehlen? Erst im nächsten Schritt gilt es zu fragen, welche strukturellen Zuständigkeiten bestehen und wer die entstehenden Kosten übernimmt. In den Debatten über Prävention wird meines Erachtens zu oft und zu schnell über Kosten gesprochen, anstatt über erforderliche Qualitätsverbesserungen, die im bestehenden System möglich und erforderlich sind. Es gilt, die Diskussion wieder vom Kopf auf die Füße zu stellen.

Ausgangslage

Mit Blick auf die demografische Entwicklung stellen wir Folgendes fest: Wir werden weniger und der Durchschnitt der Bevölkerung wird älter. Es wird deutlich mehr Pflegebedürftige geben und mehr Menschen mit Mehrfacherkrankungen. Zugleich schrumpft das Erwerbspersonenpotenzial auf dem Arbeitsmarkt.

Für Nordrhein-Westfalen bedeutet das mit Blick auf das Jahr 2050: eine Verdopplung der Zahl an Menschen mit Pflegebedürftigkeit auf etwa 1,5 bis 1,6 Mio., zugleich eine Abnahme des Erwerbspersonenpotenzials von rund 8,3 Mio. Menschen um ca. ein Viertel auf 6,6 Mio.. Das heißt: Immer weniger Menschen stehen für die Versorgung von immer mehr Personen mit Pflegebedarf zur Verfügung.

Diese tiefgreifenden gesellschaftlichen Veränderungen müssen wir bewusst wahrnehmen, andernfalls werden wir keine geeigneten Antworten auf die Herausforderungen finden, vor denen die gesundheitliche und pflegerische Versorgung steht, zumal eine Reihe weiterer Veränderungen hinzukommt.

Diese Veränderungen stehen in enger Verbindung mit der beschleunigten Lebensweise, die unseren Alltag in allen Bereichen prägt. Eine Lebensweise

des Höher-Schneller-Weiter, des Leistungsdrucks und der Arbeitsverdichtung, die immer mehr Menschen an ihre Grenzen und darüber hinaus führt. Dieser Druck beginnt heute oft schon im Kindesalter. Ich möchte ein Beispiel nennen: Wer von Ihnen Kinder oder Enkelkinder hat oder Kinder von Nachbarinnen, Nachbarn oder Bekannten erlebt, wird feststellen, dass sie manchmal schon im Grundschulalter einen Terminkalender haben, der voller ist als der von Erwachsenen. Zur Normalität gehört es inzwischen, um es zugespitzt zu sagen, dass Kinder einen Chinesisch-Kurs parallel zur Grundschule besuchen.

Und auch in der Schule selbst steigen die Leistungsanforderungen. Oft geht es darum, die eigenen Potenziale möglichst früh zu optimieren. Es überrascht nicht, dass viele sich dieser Lebensweise nicht mehr gewachsen fühlen. Ein Blick in den Schulalltag zeigt, welche Folgen dies haben kann: zunehmende Kopfschmerzen schon bei jungen Leuten, verstärkte Einnahme von Medikamenten wie Schmerzmitteln oder leistungssteigernden Mitteln. In diesem Zusammenhang ist auch die nach wie vor viel zu hohe Verordnung von Ritalin zu nennen. Jeder zehnte Junge in unserer Gesellschaft bekommt dieses Medikament, bei den Mädchen liegt der Anteil bei 3,5 Prozent!

Zugleich verändert sich unsere räumliche Umwelt oft sehr schnell und in kaum umkehrbarer Weise. Ein Beispiel ist der Verbrauch an Freiflächen, der für die Entwicklung junger Menschen fatale Folgen haben kann. Wir erleben, dass Spiel- und Bewegungsräume immer mehr zurückgehen, dass Kinder schon morgens von den Eltern in die Schule gefahren werden, da das Leben „da draußen“ als zu gefährlich erachtet wird, also die alltägliche „Normalität“ von Bewegung zu einem guten Stück verloren geht. Es ist alarmierend, dass Kinder von ihren Eltern nicht mehr selbstverständlich nach draußen zum Spielen geschickt werden können, weil es vor allem in den Städten an sicherer und „gesunder“ Umgebung mangelt. Ausreichend Bewegung ist aber eine unverzichtbare Voraussetzung für gesundes Aufwachsen und mit die wirksamste Form von Prävention.

Und auch im Berufsleben sind wir konfrontiert mit zunehmender Beschleunigung, die den Druck auf die Beschäftigten tendenziell steigen lässt – und zwar nicht nur wegen wachsender Anforderungen, die der Job mit sich bringt, sondern auch wegen einer Vielzahl anderer Belastungen. Denken Sie etwa an die neuen Formen der Kommunikation, die eigentlich geschaffen wurden, um unser Leben zu erleichtern. Wir erkennen inzwischen immer deutlicher, dass sie auch sehr belastend wirken können. So bleibt uns heute im Gegensatz zu früher kaum Zeit, einen Brief zu beantworten. E-Mails „schreien“ förmlich nach sofortiger Bearbeitung – was den Leistungsdruck und die Arbeitsverdichtung enorm erhöht und Zeiten des Ausgleichs, Zeiten wirklicher Entspannung seltener werden lässt, zumal auch das Privatleben vielfach beschleunigt und vom Arbeitsleben oft nicht mehr strikt abgrenzbar ist.

Hinzu treten weitere Faktoren, die erhebliche Unsicherheiten und Unruhe in die Erwerbsbiografien bringen: allzu flexible Arbeitszeiten zum Beispiel, unste-

te Arbeitsverhältnisses oder befristete Verträge, die eine gesicherte Lebensplanung oft sehr erschweren. Denken Sie an die Vielzahl junger Menschen, die nach Ausbildung oder Studium lange warten müssen, bis sie ihren ersten unbefristeten Arbeitsvertrag haben. Unter solchen Umständen eine Familie zu gründen, ist alles andere als leicht.

Was belastend hinzukommt, ist die steigende Zahl an Entscheidungen, die permanent zu treffen sind (und die es so früher nicht gab). Noch vor zwanzig, dreißig Jahren wurde ein Mensch z. B. in eine Krankenkasse „hineingeboren". Es war nicht erforderlich, sich über das beste Angebot oder die besten Tarife Gedanken zu machen. Heute ist es anders: Handyverträge, Stromverträge, Versicherungen – dauernd gilt es, finanziell bedeutsame Entscheidungen zu treffen (um nur drei Beispiele zu nennen).

Das mag für viele kein Problem sein, doch wenn wir uns fragen, warum die Menschen psychisch erkranken, dann ist es die Summe der Anforderungen, die zu einer Belastung wird, die überfordern kann.

Angesichts dieser gesellschaftlich sehr komplexen Situation scheint es mir wenig sinnvoll, über die eine und andere neue Vorsorge- oder Diagnosemaßnahme nachzudenken, ohne zuvor nicht über die grundlegenden Ursachen des Problems gesprochen und Prävention daran ausgerichtet zu haben.

Ein weitere, im demografischen Wandel immer größer werdende Bevölkerungsgruppe sind die Alten und Pflegebedürftigen. Was bedeutet Prävention für sie?

Wir müssen uns auch hier ganz grundlegend fragen, wie wir zu einer Gesellschaft des immer längeren Lebens stehen, auf die wir ja oft sehr „stolz" sind. Wollen wir die letzte Lebensphase ohne Rücksicht auf Lebensqualität einfach nur verlängern? Oder wollen wir ein selbstbestimmtes, mobiles Leben auch und gerade im Alter, auch und gerade bei Pflegebedürftigkeit?

Ich glaube, die Antwort ist klar: Wir müssen alles daran setzen, Selbstbestimmung zu ermöglichen, solange es irgendwie geht. Ein selbstbestimmtes Leben ist es, was wir uns alle wünschen, Selbstbestimmung ist daher ein hohes Gut und ein zentrales Merkmal guter Lebensqualität im Alter. Um sie herzustellen, ist Prävention ein entscheidendes Instrument.

Auch für die Alten gilt, dass das Wohlbefinden eines Menschen nicht allein von gesundheitlichen Befindlichkeiten abhängt. Viel zu oft geschieht es, dass Menschen nach der beruflichen Phase allein gelassen sind, dass Vereinsamung droht, weil es kein intaktes soziales Netz (mehr) gibt, das die Menschen weiter trägt. Dann ist es bis zur Pflegebedürftigkeit oft nicht mehr weit. In Zeiten zunehmender familiärer Instabilität ist das Bemühen um soziale Stabilität im Alter eine zentrale Aufgabe, die uns als Gesamtgesellschaft fordert. Wir alle sind gefragt, achtsamer zu sein für die Situation und die Belange der Älte-

ren, auch wenn sie nicht zur eigenen Familie gehören. Wir brauchen Konzepte, um die Wertigkeit des Alters zu erhöhen und um Lebenserfahrung und die Kenntnisse für die Gesellschaft zu nutzen. Darin liegt ein zentraler Schlüssel für erfolgreiche Präventionspolitik im Alter.

Settingorientierte Prävention!

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, was ganz grundsätzlich erforderlich ist – ein völlig neuer Ansatz in der Präventionspolitik: Verhaltensprävention für spezielle Zielgruppen, dort, wo sie erforderlich ist. Noch wichtiger ist aber eine Verhältnisprävention, die in allen Lebensaltern einen ganzheitlichen Ansatz verfolgt, also das gesamte Lebensumfeld der Betroffenen in den Blick nimmt.

Mit Blick auf die praktische Präventionsarbeit stellen wir fest, dass unsere bisherigen Maßnahmen nicht immer die Bedarfslagen der Betroffenen treffen. Reicht es aus, begrenzte Maßnahmen anzubieten, für Kinder etwa, die vielleicht adipös sind oder an Diabetes erkrankt sind? Nein, es ist viel zielgerichteter, all jene Umstände mit zu berücksichtigen, die krank machen können oder in denen die krank machenden Faktoren zu finden sind. Wir müssen viel stärker settingorientierte Präventionsmaßnahmen anbieten, die dort ansetzen, wo Kinder groß werden, wo die Menschen arbeiten, wo sie nach ihrer Berufsphase alt werden.

Zu einem so verstandenen ganzheitlichen Präventionsansatz gehört ganz selbstverständlich die Berücksichtigung des Lebensalters ebenso wie des Geschlechts eines Menschen, der kulturellen Herkunft und der sozialen Situation, kurz der gesamten Lebenswirklichkeit.

Wenn Sie zum Beispiel versuchen, ein Präventionsangebot für Jugendliche anzubieten, das nicht zwischen Mädchen und Jungen differenziert ist, wird es kaum erfolgreich sein. Ohne eine solche Geschlechterdifferenzierung geht es nicht, denn Mädchen haben ganz andere Bedarfe als Jungen. Diese Unterschiedlichkeit der Geschlechter zieht sich durch das gesamte spätere Leben. So reagieren Frauen oft ganz anders auf Krankheit als Männer, sie haben andere Bedürfnisse, sie gehen anders mit Problemen um, haben zugleich aber auch unterschiedliche Bewältigungsstrategien. Diese Erkenntnisse müssen in der Präventionsarbeit viel stärker als bisher berücksichtigt werden.

Ähnliches gilt für die verschiedenen Lebensalter. Und schließlich ist auch die kulturelle Herkunft eines Menschen ein entscheidender Faktor für die Gestaltung von Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen. Wir wissen, dass Menschen mit Migrationsgeschichte herkunftsspezifische Sichtweisen und Bedarfe haben, auf die Präventionsangebote zugeschnitten sein müssen.

Kurz: Erfolgreiche Prävention erfordert als erstes genaues Hinsehen, eine sorgfältige Analyse der Lage und dann ein differenziertes Vorgehen. Bevor wir

also darüber reden, was in einem Präventionsgesetz stehen muss und wie das Gesetz die unterschiedlichen Beziehungen zwischen den Kostenträgerinnen und -trägern regeln soll, wie die Verantwortung, die Aufgaben und die Lasten zu verteilen sind, müssen wir über die Ziele des Gesetzes reden. Nach meinem Eindruck ist dies bisher zu wenig geschehen. Wir haben in Deutschland ein versäultes System, in dem – und das kann ich nicht oft genug sagen – die Kostenträgerinnen und -träger nebeneinander stehen. Ein System, in dem die Leistungen zu oft nicht miteinander verbunden sind, zu Lasten der Ergebnisqualität.

Wenn wir an erster Stelle immer nur darüber reden, wer denn was und aus welchen Mitteln ihres / seines Etats finanzieren muss, dann stellen wir nicht die entscheidenden Fragen: Was müssen wir für die Menschen leisten? Welche Präventionsangebote sind die besten? So herum zu denken, wäre der richtige Weg!

Wenn wir wirklich über Ergebnisqualität von Prävention reden wollen, und damit auch letztlich den Sicherungssystemen Kosten ersparen wollen, müssen wir strukturelle Grenzen überwinden.

Ich möchte auch dazu ein Beispiel nennen: Wenn es uns nicht gelingt, Pflegebedürftigkeit im Alter so lange wie möglich zu verhindern, wird es schwer werden, die sozialen Sicherungssysteme in den Bereichen Gesundheit und Pflege dauerhaft aufrecht zu erhalten. In Nordrhein-Westfalen werden pro Jahr etwa 100.000 Menschen in Pflegestufe 1 neu eingestuft. Wenn wir es schaffen, den Pflegeeintritt um nur einen Monat hinauszuzögern, dann wäre das für die Pflegekassen eine jährliche Kostenersparnis von ca. 45 bis 50 Mio. Euro. Mit 50 Mio. Euro können zahlreiche Präventionsmaßnahmen finanziert werden! Darum ist es wichtig, sich immer wieder daran zu erinnern, dass alle – auch die Pflegekassen – für den Vorrang von Prävention Sorge zu tragen haben.

Es gibt mit Blick auf die Älteren viele weitere Handlungsfelder. Etwa an der Schnittstelle Krankenhaus / Entlassung. Oft mangelt es im Krankenhaus an Mobilisierung, an früher Rehabilitation schon am Krankenbett. Dabei ist schon während der kurativen Phase Rehabilitation erforderlich – und zwar so umfangreich und intensiv wie möglich. Diesem Grundsatz wird heute leider viel zu selten gefolgt. So entsteht im Extremfall im Krankenhaus Pflegebedürftigkeit. Wäre es nicht viel besser, Kosten durch verfrühte Pflegebedürftigkeit einzusparen und das Geld stattdessen in die Intensivierung der Reha am Krankenbett zu stecken? Ist es nicht viel vernünftiger, wenn sich die Pflegeversicherung schon im Krankenhaus an Präventionsmaßnahmen beteiligt, damit die Reha nicht erst nach dem Klinikaufenthalt richtig beginnen kann, zu einem Zeitpunkt, an dem der Muskelabbau etwa schon weit fortgeschritten sein kann?

Angesichts der neuen Herausforderungen im gesellschaftlichen Wandel spricht also sehr viel dafür, dass die Kostenträgerinnnen und –träger in unse-

rem System viel intensiver zusammenarbeiten. So wie jetzt kann und darf es jedenfalls nicht weitergehen, denn das Nebeneinander gefährdet die Existenz des Versorgungssystems insgesamt. Dass dies kein leichter Weg sein wird, ist klar, denn das Aufbrechen festgefahrener Institutionen- und Sektorengrenzen erfordert einen neuen Geist, ein neues Denken und nicht zuletzt auch eine gehörige Portion Mut.

Es geht mir deshalb auch nicht darum, mit einem neuen Präventionsgesetz eine neue Säule zu schaffen, verbunden mit neuen Institutionen. Es geht mir um eine deutliche Qualitätsverbesserung im bestehenden System. Eine Qualitätsverbesserung, die die Bedürfnisse und Lebenslagen der Menschen fest im Blick hat und sich nach ihnen orientiert. Dazu benötigen wir auch mehr Modelle, in denen wir mit gemeinsamen Budgets erproben, was wirklich effektiv ist. Auch dies muss ein Präventionsgesetz ermöglichen, das diesen Namen wirklich verdient.

Das Präventionsgesetz alleine wird aber nicht die Lösung aller Probleme sein. Prävention ist nicht nur eine staatliche, sondern eine gesellschaftliche Aufgabe, die wir nur dann erfolgreich bewältigen werden, wenn wir uns frei von Systemgrenzen die Frage nach unserer gesellschaftlichen Entwicklung stellen. Lassen Sie uns darüber reden, was wir an tatsächlicher Prävention brauchen. Ich bin überzeugt, dass sich dieses Ziel nur über den Weg besserer Zusammenarbeit erreichen lässt. Wir alle sind dazu aufgerufen. Herzlichen Dank.

v.l.n.r.:
Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Universität Bielefeld; Dr. Marc von Miquel, sv:dok; Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW; Heinz Krumnack, Erster Direktor der Deutschen Rentenversicherung Rheinland.