

Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Wortprotokoll
95. Sitzung

Berlin, den 09.03.2005, 10:30 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001

Vorsitz: Klaus Kirschner, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention
BT-Drucksache 15/4833

Antrag der Abgeordneten Detlef Parr, Dr. Dieter Thomae, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter
und der Fraktion der FDP
Prävention und Gesundheitsförderung als individuelle und gesamtgesellschaftliche Aufgabe
BT-Drucksache 15/4671

Antrag der Abgeordneten Annette Widmann-Mauz, Verena Butalikakis, Monika Brüning, weiterer
Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU
Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe umfassend, innovativ und unbürokratisch gestalten
BT-Drucksache 15/4830

Anlage
Anwesenheitsliste
Sprechregister

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

SPD

Dreßen, Peter
Hovermann, Eike
Kirschner, Klaus
Lewering, Eckhart
Lohmann, Götz-Peter
Lotz, Erika
Mattheis, Hilde
Ober, Erika, Dr.
Reimann, Carola, Dr.
Schmidbauer, Horst
Schmidt, Silvia
Schönfeld, Karsten
Schösser, Fritz
Spielmann, Margrit, Dr.
Stöckel, Rolf
Volkmer, Marlies, Dr.
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine
Elser, Marga
Friedrich, Lilo
Gradistanac, Renate
Haack, Karl-Hermann
Heß, Petra
Hoffmann, Walter
Jäger, Renate
Klingbeil, Lars
Kühn-Mengel, Helga
Lehn, Waltraud
Marks, Caren
Mützenich, Rolf, Dr.
Roth, Karin
Rupprecht, Marlene
Schaich-Walch, Gudrun
Zöllmer, Manfred Helmut

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
Brüning, Monika
Butalikakis, Verena
Faust, Hans Georg, Dr.
Hennrich, Michael
Hüppe, Hubert
Lanzinger, Barbara
Michalk, Maria
Müller, Hildegard
Seehofer, Horst
Sehling, Matthias
Spahn, Jens
Storm, Andreas
Straubinger, Max
Weiß, Gerald
Widmann-Mauz, Annette

Bietmann, Rolf, Dr.
Blumenthal, Antje
Falk, Ilse
Fischbach, Ingrid
Fuchs, Michael, Dr.
Grund, Manfred
Kaupa, Gerlinde
Laumann, Karl-Josef
Luther, Michael, Dr.
Meckelburg, Wolfgang
Philipp, Beatrix
Reiche, Katherina
Singhammer, Johannes
Strebl, Matthäus
Weiß, Peter
Zöllner, Wolfgang

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
Deligöz, Ekin
Kurth, Markus
Selg, Petra

Hajduk, Anja
Höfken, Ulrike
Krüger-Jacob, Jutta
Vogel-Sperl, Antje, Dr.

FDP

Bahr, Daniel
Kolb, Heinrich L., Dr.
Thomae, Dieter, Dr.

Kauch, Michael
Lenke, Ina
Parr, Detlef

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Vorsitzender Abg. Klaus Kirschner (SPD)	6,39	SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock	6,18,19,28,31,33,36
Abg. Erika Lotz (SPD)	6	SVe Dr. Ursula Engelen-Kefer (Deutscher Gewerkschaftsbund)	7,27
Abg. Götz-Peter Lohmann (SPD)	8	SV Dr. Axel Reimann (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger)	8,17,22,24
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	10	SV Dr. Helmut Rottka (Deutsche Gesellschaft für Ernährung)	8,21
Abg. Silvia Schmidt (Eisleben) (SPD)	11	SV Prof. Hans Georg Schlack (Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin)	9
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	12,35	SV Prof. Dr. Dr. Winfried Banzer (Deutscher Sportbund)	9,34
Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU)	14,34	SV Prof. Dr. Ingo Froböse	10
Abg. Andreas Storm (CDU/CSU)	15	SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst)	10,32
Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU)	17	SV Hans-Jürgen Leutloff (Sozialverband Deutschland (SoVD))	11
Abg. Maria Michalk (CDU/CSU)	18	SV Jens Kaffenberger (Sozialverband Deutschland (VdK))	11
Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	18,19,20,21	SV Klaus Heß (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband)	11,24,32
Abg. Detlef Parr (FDP)	22,23	SV Ulf Fink (Büro für Gesundheit und Prävention)	12,33
Abg. Dr. Heinrich L. Kolb (FDP)	24	SV Dr. Wilfried Kunstmann (Bundesärztekammer)	12,14,31
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	24,25	SV Christoph Nachtigäller (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte)	13,38
Abg. Eike Hovermann (SPD)	25	SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste)	13
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	27	SVe Ingrid Robbers (Deutscher Städtetag)	14,25
Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD)	28	SV Prof. Dr. Otfried Seewald	15,17
Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD)	29	SV Staatssekretär a. D. Karl Jung	16,32,35
Abg. Peter Dreßen (SPD)	30	SV Rolf Stuppardt (Bundesverband der Innungskrankenkassen)	16,21,22,26,29,32,35
Abg. Dr. Erika Ober (SPD)	31	SV Alexander Gunkel (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände)	18
Abg. Marlene Rupprecht (SPD)	32	SV Dr. Heinz Stapf-Finé (Deutscher Gewerkschaftsbund)	18
Abg. Gerald Weiß (Groß-Gerau) (CDU/CSU)	32	SV Dr. Andreas Mielek	19
Abg. Eberhard Gienger (CDU/CSU)	33	SV Detlev Kommer (Bundespsychotherapeutenkammer)	20,24
Abg. Dr. Wolf Bauer (CDU/CSU)	37	SVe Dr. Christina Tophoven (Bundespsychotherapeutenkammer)	20
Abg. Gerlinde Kaupa (CDU/CSU)	38	SV Dr. Uwe Prümel-Philippsen (Bundesvereinigung für Gesundheit)	20

		SV Dr. Edlyn Höller (Bundesverband der Unfallkassen/Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften/Bundesverband der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften)	22
		SVe Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV)	22,26
		SV Dr. Paul Rheinberger (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	23
		SV Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (Bundeszahnärztekammer)	23
		SV Thomas Keck (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte)	24,34
		SV Michael Weller (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen)	25
		SVe Dr. Agnes Klein (Gesunde Städte-Netzwerk)	25
		SVe Dr. Regine Rapp-Engels (Deutscher Frauenrat)	27
		SV Alfons Schröer (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)	27
		SVe Dr. Irene Vorholz (Deutscher Landkreistag)	29,34
		SV Christian Weber (Verband der privaten Krankenversicherungen)	30
		SVe Sabine Mundolf (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Familienorganisationen/Evangelische Aktionsgemeinschaft für Familienfragen)	37
		SV Hans Joachim Bädorf (Verband Deutscher Kneippheilstädter und Kneippkurorte)	37
		SV Prof. Rudolf Forcher (Deutscher Heilbäderverband)	38

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention

BT-Drucksache 15/4833

Antrag der Abgeordneten Detlef Parr, Dr. Dieter Thomae, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Prävention und Gesundheitsförderung als individuelle und gesamtgesellschaftliche Aufgabe

BT-Drucksache 15/4671

Antrag der Abgeordneten Annette Widmann-Mauz, Verena Butalikakis, Monika Brüning, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU

Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe umfassend, innovativ und unbürokratisch gestalten

BT-Drucksache 15/4830

Beginn der Sitzung: 13.30 Uhr

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Ich darf Sie im Namen des Ausschusses herzlich begrüßen und danke Ihnen, dass Sie unserer Einladung gefolgt sind.

Wir beginnen mit der ersten Fragerunde. Es beginnt die Fraktion der SPD.

Abg. **Erika Lotz** (SPD): Meine erste Frage geht an Prof. Rosenbrock, an den Deutschen Gewerkschaftsbund und an den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: Halten Sie die gesetzliche Verankerung von Prävention als einer eigenständigen Säule, wie sie jetzt nach langen Beratungen mit allen relevanten Akteuren erarbeitet wurde, für sinnvoll? Teilen Sie die Auffassung, dass die Grundkonzeption des Gesetzes mit der Einbindung von Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung, der einheitlichen Zielorientierung und Qualitätssicherung, der Ausrichtung von präventiven Leistungen auf das Individuum, die Lebenswelt und Bevölkerungsgruppen sowie der Errichtung einer Stiftung für Koordinierungszwecke ein angemessener Einstieg in den Ausbau der Prävention ist, der auch das System der Sozialversicherung langfristig stabilisieren kann? In welcher Weise kann die Sozialversi-

cherung dazu beitragen, dass dieser Einstieg möglichst wirkungsvoll erfolgt?

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock: Grundsätzlich halte ich diesen Gesetzentwurf für einen richtigen, wichtigen und zeitgemäßen Einstieg, um Prävention neben Kuration, Rehabilitation und Pflege zu einer eigenständigen Säule des Systems der Gesundheitssicherung weiterzuentwickeln. Das geeignete und angemessene Mittel dazu ist ein Bundesgesetz; dazu liegt ein Entwurf vor. Die Orientierung des Gesetzes auf die Verminderung sozial und geschlechtsbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen entspricht den sozialepidemiologischen Großtrends und ist von daher angemessen. Wenn überhaupt, dann ist nur auf diesem Wege eine Stabilisierung der Sozialversicherungen zu erreichen.

Die Einbeziehung der Sozialversicherungen steht alternativ zu einer Steuerfinanzierung, die an sich näher gelegen hätte. Andererseits kann man sagen, dass die Sozialversicherungsträger Instrumente der staatlichen Sozialpolitik sind und ihnen der Staat in folgedessen weitere Aufgaben zuweisen darf. Das hat er in diesem Fall getan. Ich finde es korrekt, weil die Sozialversicherungsträger schon heute sehr viele präventive Aufgaben haben und dieser Trend verstärkt wird. Die Anlagerung bei der Sozialversicherung ist anreizgerecht, weil sie im Er-

folgsfall von der Vermeidung von Krankheiten profitiert. Problematisch ist allerdings, dass der Abstimmungsbedarf durch die Verlagerung auf die Sozialversicherungsträger sehr steigt. Dieses Gesetz wird nur funktionieren, wenn sich die Sozialversicherungsträger bei der Umsetzung des Gesetzes am Gemeinwohl orientieren und nicht ihre eigenen Verbandsinteressen in den Vordergrund stellen. Das würde auch Sinn machen, weil das deutsche Modell des sozialversicherungsgetragenen Sozialstaats insgesamt nicht ungefährdet ist. Die Sozialversicherungsträger wären gut beraten, wenn sie die Umsetzung dieses Gesetzes zum Anlass nähmen, für das Gesamtsystem des sozialversicherungsgetragenen Sozialstaates zu werben.

Das zweite große Problem ist, dass die Bundesagentur für Arbeit als Träger der Arbeitslosenversicherung fehlt. Arbeitslosigkeit ist einer der häufigsten und heftigsten sozialbedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen stiftende Sachverhalt. Langzeitarbeitslose sind doppelt so häufig krank und haben eine doppelte Mortalität. Daher ist vollkommen verständlich, dass die Bundesagentur für Arbeit hier nicht mit einbezogen ist. Es gibt viele Aufgaben im SGB III, wo die Bundesagentur für Arbeit heute schon primärpräventive Aufgaben zu erfüllen hat. Es wäre sinnvoll, diese auszuweiten und mit den anderen Sozialversicherungsträgern zu vernetzen und zu koordinieren. Es gibt keinen plausiblen Grund, die Bundesagentur für Arbeit herauszunehmen. Vielmehr büßt die Lösung, die Umsetzung der Prävention auf die Sozialversicherungsträger zu verlagern, erheblich an Legitimität ein, wenn ein Sozialversicherungsträger – jener, der einen hochgefährdeten Personenkreis mit einem erheblichen Anteil prävenierbarer Gesundheitsrisiken versichert – nicht einbezogen ist.

SVe Dr. Ursula Engelen-Kefer (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Der Deutsche Gewerkschaftsbund begrüßt dieses Gesetz. Wir unterstützen es vom Grundsatz her, dass es erstmalig gelingen soll, die Prävention hier in den Vordergrund zu stellen und dazu eine entsprechende Koordinierung zwischen den Beteiligten in unserer Gesellschaft herzustellen. Wir sind damit einverstanden, möglichst viel an Koordinierung zu leisten, denn wenn wir in allen genannten Bereichen wirklich präventiv tätig werden wollen, braucht man eine Zusammenarbeit über die Grenzen einzelner In-

stitutionen und Sozialversicherungsträger hinweg. Wir sehen als Gewerkschaften einen wichtigen Bereich, in dem wir uns konstruktiv einbringen, sowohl in den davon betroffenen Selbstverwaltungen der Sozialversicherungen, als auch als Verbands- und Gewerkschaftsvertreter.

Wir hätten es für sinnvoll erachtet, wenn der betriebliche Gesundheitsschutz stärker in den Mittelpunkt gestellt würde. Wir sehen hier wichtigen Verbesserungsbedarf, sowohl mit Blick auf die betroffenen Arbeitnehmer, als auch hinsichtlich der Möglichkeit, Kosten einzusparen. Kompetente Stellen haben bereits häufiger Berechnungen vorgelegt, die aufzeigen, dass mehrere Milliarden Euro eingespart werden könnten, wenn durch Prävention Gesundheitsgefährdungen bei der Arbeit, im Betrieb und in der Verwaltung, reduziert und verhindert werden könnten. Wir setzen uns dafür ein, dass diesem Aspekt des Gesundheitsschutzes, der präventiven Situation der Gesundheitsversorgung und entsprechender präventiver Maßnahmen am Arbeitsplatz, größere Bedeutung beigemessen werden könnte.

Wir halten es nicht für richtig, dass die Finanzierung ausschließlich auf die Sozialversicherungsträger zugelaufen ist. Wir hätten es für sinnvoll erachtet, wenn sich Bund und Länder angemessen beteiligten. Deshalb sehen wir bei der Finanzierung Nachbesserungs- und Korrekturbedarf.

In der ursprünglichen Fassung des Gesetzentwurfs war nicht vorgesehen, die Bundesagentur für Arbeit zu beteiligen. Weder mit dem Vorstand, noch mit der Selbstverwaltung hat es Kontakte gegeben. Die Bundesagentur für Arbeit musste dann feststellen, dass sie in einer späteren Fassung des Gesetzes auf einmal mit 20 Mio. Euro beteiligt sein sollte. Vorstand und Verwaltungsrat der Bundesagentur sind der Auffassung, dass die Bundesagentur gesamtgesellschaftliche Leistungen stärker separieren und nicht über Beiträge von Versicherten finanzieren sollte. Aus diesem Grund halten weder Vorstand noch Verwaltungsrat eine finanzielle Beteiligung für geeignet.

Im Übrigen ist die Bundesagentur selber tätig: Sie hat einen sozialmedizinischen Dienst. Wir als Gewerkschaften setzen uns dafür ein, dass der sozialmedizinische Dienst verbessert wird und sich stärker auch mit präventiven Fragen befasst. In dieser Form sollte er in den Fällen,

in denen es sinnvoll ist, dass eine Zusammenarbeit mit den Stellen der Bundesagentur erfolgt, mit den Stellen zusammenarbeiten, die nach dem Präventionsgesetz für Prävention zuständig sind. Damit könnte man die Bedenken aufgreifen und ausgleichen. Für Arbeitslose muss alles getan werden, um präventiv tätig zu sein. Soweit es in unseren Möglichkeiten steht, werden wir das auch weiterhin tun und die Zusammenarbeit suchen, wo sie geboten ist.

SV Dr. Axel Reimann (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)): Die Rentenversicherung sieht durchaus den langfristig möglichen Nutzen zielgerichteter Prävention. Vor diesem Hintergrund hat die Rentenversicherung die gemeinsame Zielorientierung und Qualitätssicherung von Anfang an unterstützt, da nur so wirksame und nachhaltige Erfolge in der Gesundheitsversorgung – und hier speziell in der Prävention – möglich sind. Grundsätzlich halten wir auch die Aufteilung in die Bereiche Koordination mit den Zielen und der Qualitätssicherung, Individualebene und die Ebene der Lebenswelten für sinnvoll.

Bei der Frage, in welchen Bereichen die Sozialversicherung sinnvoll tätig werden kann, geht es zum einen um die Finanzverantwortungen, die uns von der Verfassung gegeben sind und deren Grenzen sicherlich nicht übersprungen werden können. Zum andern kann die Sozialversicherung immer dort wirksam tätig werden, wo klare Zuständigkeiten bestehen. An diesen beiden Punkten – Finanzierung und Zuständigkeiten – sehen wir erheblichen Nachbesserungsbedarf an dem vorliegenden Gesetz.

Im Bereich der Zuständigkeiten sehen wir die Bedingungen z. B. weder im individualrechtlichen, noch im Bereich der Lebenswelten geschaffen. Im individualrechtlichen Bereich sind die Regelungen auf der einen Seite zu unbestimmt, als dass sie bei den begrenzten finanziellen Mitteln von den Sozialversicherungsträgern sinnvoll fokussiert werden könnten. Hier muss die Möglichkeit bestehen, über Richtlinien – jetzt spreche ich speziell für die Rentenversicherung – den Leistungsumfang zu bestimmen. Im Bereich der Lebenswelten ist die Entscheidungsmöglichkeit der Sozialversicherung erheblich eingeschränkt. Zudem liegt gerade hier eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe vor, die nach unserer Auffassung aus

Steuermitteln zu finanzieren wäre. Insofern würde ein wirkungsvoller Einstieg in die Prävention voraussetzen, dass die Erbringung von Präventionsleistungen angesichts eines begrenzten Budgets mit einem möglichst geringen bürokratischen Aufwand verbunden ist und die Verantwortlichkeiten klar geregelt sind. Der Gesetzentwurf gibt aber zu der Befürchtung Anlass, dass es letztlich zu Lasten der Sozialversicherten geht, weil die vorgesehene Erbringung von Präventionsleistungen auf Länderebene mit einem hohen Verwaltungsaufwand verbunden sein wird und im Übrigen nicht sicher gestellt ist, dass die entsprechenden Finanzierungsanteile von Ländern und Kommunen entsprechend mit eingebracht werden.

Abg. Götz-Peter Lohmann (SPD): Nach dieser grundsätzlichen Frage erlaube ich mir eine etwas speziellere an die Deutsche Gesellschaft für Ernährung, die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin und den Deutschen Sportbund: Es ist bekannt dass es in Deutschland sehr viele Probleme mit falscher Ernährung und Bewegungsmangel als Hauptquellen vieler Erkrankungen gibt. Welche Präventionsstrategien halten Sie für am besten geeignet, um die beiden genannten Dingen zu reduzieren? Wie könnten diese Strategien im Zuge des Präventionsgesetzentwurfes am besten umgesetzt werden? Es ist zudem bekannt, dass diese Probleme besonders bei den sozial Benachteiligten auftauchen. Wie kann man diese Zielgruppe Ihrer Meinung nach am besten erreichen? Ist das in dem vorliegenden Gesetzentwurf mit den Setting-Ansätzen ausreichend berücksichtigt?

SV Dr. Helmut Rottka (Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE)): Ich bin überrascht, dass das Wort Ernährung in dem Gesetz praktisch überhaupt nicht vorkommt. Es ist doch heute völlig unbestritten dass die Übergewichtsproblematik in der deutschen Bevölkerung bei über 50 % Betroffenen – bei den Kindern sind es über 25 % – eine ganz wesentliche Krankheiten verursachende Wirkung hat. Dass man die Ernährung in einem Gesetz, das dringend notwendig ist und die Prävention nach vorne bringen soll, komplett ausspart, hat mich als Wissenschaftler doch überrascht. Ich kann Ihnen auch keine Strategie für ein schlüssiges Vorgehen verraten. Im Grunde genommen gibt es in dem System unserer Sozialver-

sicherung neben einer intensiven Aufklärung in dieser Richtung nur die Möglichkeit, Bevölkerungskreise aus sozialen Unterschichten oder geringfügigeren Bildungsschichten mit einer Belohnung dazu zu bewegen, ihr Gewicht zu reduzieren oder es nach Möglichkeit gar nicht erst zum Übergewicht kommen zu lassen. Es ist im Wesentlichen eine Frage der Bildung. Daher kann man diese Dinge am ehesten mit Aufklärung und Belohnung angehen.

SV Prof. Hans Georg Schlack (Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ)): Der Akademie für Kinder- und Jugendmedizin ist aufgefallen, dass Kinder und Jugendliche als Zielgruppe nicht explizit in dem Gesetzentwurf vorkommen. Es ist ein Schwerpunkt gesetzt worden auf die Verminderung der Pflegebedürftigkeit und die Verbesserung der Erhaltung von Gesundheit im Erwerbsleben, aber die eigentliche Weichenstellung findet im Kindesalter statt.

Dass Kinder nicht explizit berücksichtigt werden, mag damit zusammenhängen, dass man die Größenordnung der Probleme nicht erkennt, da die Kindheit anscheinend eine gesunde Lebensphase ist. Die somatischen Erkrankungen wurden weitgehend reduziert, aber die psychischen und körperlichen Erkrankungen, die letzten Endes psychische Hintergründe haben – dazu gehören u. a. Übergewicht und Bewegungsmangel –, haben mittlerweile eine Größenordnung, die rund 1/5 der heranwachsenden Generation ernsthaft in ihrer Entwicklung bedroht und erhebliche Bedeutung für den Bildungsbereich hat. Was im Zusammenhang mit der Pisa-Erhebung beklagt wird, hängt damit zusammen, da falsche Lebensgewohnheiten in beiden Fällen eine Rolle spielen.

Es ist erwiesen, dass nur die Verhaltensprävention Aussicht auf Erfolg hat, weil es in Deutschland schon mehr Angebote zur gesundheitlichen Vorsorge gibt als wahrgenommen werden. Die Verhältnisse zu verbessern, zieht demnach nicht automatisch ein tatsächlich verbessertes Präventionsverhalten nach sich. Grundsätzlich halten wir es für nötig, Kinder und Prävention im Kindesalter explizit im Präventionsgesetz zu erwähnen. Wir haben dazu einige Vorschläge gemacht.

Es ist auch empirisch erwiesen, dass man das Interesse sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen wecken kann. Es ist nicht nur bei so-

zial Benachteiligten ein Problem, dass man nur einen Teil der Bevölkerung wirklich erreichen kann, aber dieser Versuch ist trotzdem Erfolg versprechend. Es wird sicher auch ein gewisses Maß an Reglementierungen notwendig sein, z. B. indem öffentliche Kindergärten nur noch vollständig geimpfte Kinder aufnehmen. Insgesamt sollte aber die Lebenswelt Familie ausdrücklich in das Gesetzeswerk aufgenommen werden, um zu erreichen, dass die Tatsachen, dass Verhaltensprävention im Kindesalter anfängt und später falsch programmierte Verhaltensweisen kaum noch adäquat zu verändern sind, in die Zielsetzung aufgenommen werden.

SV Prof. Dr. Dr. Winfried Banzer (Deutscher Sportbund (DSB)): Es besteht kein Zweifel daran, dass Bewegungsarmut, Bewegungsmangel und Fehlernährung zu den größten Herausforderungen unserer Gesellschaft in den nächsten Jahren zählen. Die wissenschaftliche Literatur zu den Folgen des Bewegungsmangels zeigt eklatante Risiken und Defizite auf, nicht nur im Bereich der Erwachsenen, sondern zunehmend auch bei Kindern und Jugendlichen. Parallel dazu hat sich eine wissenschaftlich evidenzbasierte Literatur entwickelt, die nachgewiesen hat, dass Bewegung in allen Bereichen der Prävention – nicht nur im Bereich der primären Prävention, auf die das Gesetz in erster Linie abzielt – sinnvoll eingesetzt werden kann und sogar dazu führen kann, dass Erkrankungszustände wieder zurück geführt werden können. Es gibt keinen Zweifel daran, dass bei den großen Zivilisationserkrankungen, wie z. B. Diabetes mellitus oder Adipositas, eine sinnvolle Therapie und Prävention ohne die Zusammenarbeit von Bewegung und Ernährung nicht denkbar sind.

Bei der Umsetzung spielt eine gewachsene Infrastruktur eine wichtige Rolle. Zu der gewachsenen Infrastruktur, die der DSB anbietet, gehören in Deutschland nahezu 90 000 Vereine, die schon über viele Jahre hinweg ein Bewegungsangebot offerieren. Sie bieten dieses Bewegungsangebot in Zusammenarbeit mit einem Partner, der Bundesärztekammer, qualitätsgeprüft als Sport- und Gesundheitsangebot in nahezu 10 000 Angeboten an. Dieses Angebot konzentriert sich auf die drei wichtigsten Erkrankungsrisiken: das Herz-Kreislaufsystem, das Bewegungssystem und den Bereich der seelischen Gesundheit. Diese Programme sind

qualitätsgeprüft und werden in Zukunft in Qualitätszirkeln weiter ausgebaut und untersucht.

Auch in Bezug auf den Anteil der sozial Benachteiligten kann der Verein einen wichtigen Beitrag liefern. Der Deutsche Sportbund hat im Programm mit Aussiedlern und im Integrationsprogramm bereits bewiesen, dass dies funktionieren kann, aber ganz besondere Anstrengungen notwendig sind. Hier tut sich auch der Verein nicht leicht, aber er kann ein Auffangbecken sein und eine erste Möglichkeit anbieten, speziell auch sozial Benachteiligten Präventionsangebote zu liefern.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Meine Frage betrifft die Qualitätssicherung und geht an Herrn Prof. Froböse und den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen: Das Gesetz schreibt Qualitätssicherung in Form von Wirksamkeitsnachweisen und angemessenem Qualitätsmanagement vor. Die notwendigen einheitlichen Qualitätsstandards werden von der Stiftung erarbeitet. Sind die vorgeschlagenen Maßnahmen aus Ihrer Sicht geeignet, um das Ziel zu erreichen? Wie kann in der ersten Stufe der Qualitätssicherung der Nachweis der zu erwartenden Wirksamkeit bei dem eingereichten Konzept erbracht werden?

SV Prof. Dr. Ingo Froböse: Das ist sicher eine der Kernfragen des Gesetzes. Die Präventionsangebote sind derzeit in ihrer Qualität sehr heterogen und stellenweise noch sehr von Marketinginteressen geprägt. Deswegen wünsche ich mir hier einen ersten Ansatz in die richtige Richtung. Ich finde es sehr schön, dass innerhalb des Gesetzes ein Drei-Stufen-Konzept vorgeschlagen worden ist, nach dem vor der Implementierung der Nutzen nachgewiesen sein muss bzw. dieser Nutznachweis andernfalls spätestens parallel zur Implementierung erbracht werden muss. Zweites wichtiges Kriterium ist, dass bei der Durchführung Strukturprozesse und Ergebnisqualitätsnachweise geliefert werden müssen, die zudem allen anderen Maßnahmen insgesamt dienen und nützlich sein sollen.

Qualität muss sich immer an Zielen orientieren; die fehlen mir noch ein wenig. Da wir noch keine einheitliche Zieldefinition haben, ist es relativ schwierig, zum jetzigen Zeitpunkt die Qualität exakt zu beschreiben. Es gibt – die Krankenkassen haben bereits darauf hingewie-

sen – gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder im Bereich der Prävention. Hier findet derzeit schon eine Umsetzung statt. Diese Bereiche sind sicher dazu geeignet, im ersten Ansatz genutzt zu werden, weil sie sich beispielsweise im Gegensatz zu „gesundheitsziele.de“ sehr konkret auf die Primärprävention beziehen, während „gesundheitsziele.de“ bezogen auf die Qualität eher auch sekundär- und tertiärpräventive Inhalte beschreibt. Es ist ein grundsätzliches Problem, dass es bezogen auf die Primärprävention derzeit keine wissenschaftlich eindeutig beschriebenen Instrumentarien gibt, die den Nutzen letztendlich auch beschreiben. Deswegen halte ich es für ganz wichtig, dass die Präventionsforschung hier noch tätig wird.

Ich halte es auch für problematisch, dass die Qualitätssicherung im Verlauf der Implementierung durch den Anbieter geleistet werden soll. Ich denke nicht, dass Anbieter grundsätzlich in der Lage sein können, diese Qualität im Hinblick auf Struktur, Ergebnis und insbesondere auch Prozessqualität flächendeckend und bis in die letzte Zelle Deutschlands hinein nicht nur zu leisten – das ist vielleicht noch möglich –, aber sicher nicht zu überprüfen und hinsichtlich der Evaluation auch wissenschaftlich fundiert darzustellen. Da sehe ich ein echtes Problem. Das gehört genauso in die Hände der Sozialversicherungsträger wie die Individualprävention und die betriebliche Gesundheitsförderung, also die Lebenswelten als Konzept insgesamt.

Insgesamt halte ich den Ansatz für sehr schön und geeignet, auch die derzeit noch fehlende Qualität in die Prävention hineinzubringen. Deswegen sehe ich diesbezüglich sehr positiv in die Zukunft.

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände (MDS)): Ich denke, dass die Grundausrichtung von § 20 richtig ist. Es ist richtig, auch für die Primärprävention Wirksamkeitsnachweise zu verlangen. Wir verlangen das in allen Bereichen des Gesundheitswesens. Ich weise darauf hin, dass wir in dem Gesetz von der Primärprävention sogar mehr verlangen als von der Sekundärprävention, aber der Grundansatz ist richtig. Man muss sich nur darüber klar sein, dass wir nicht überall das höchste Evidenzniveau erfüllen, aber wir haben gute Belege dafür, dass Maßnahmen

wirksam sind. Von daher ist die Vorgabe richtig, auch auf die Qualitätssicherung zu setzen.

Die Krankenkassen haben in ihren Handlungsempfehlungen und Kriterien mit der Beschreibung von Standards hier entsprechende Voraussetzungen geschaffen. Wir wissen aus der Dokumentation, dass in den krankenkassenorientierten Projekten in der Mehrzahl der Fälle auch eine Erfolgskontrolle stattfindet, d. h. wir haben schon Aktivitäten, auf denen wir aufbauen und die wir entsprechend umsetzen können. Ich glaube, dass es auch gerade auf der Basis möglich ist, das Qualitätsmanagement schon in der ersten Phase zu verankern. Es ist wichtig, Vorgaben hinsichtlich der Standards zu machen, wenn wir eine bundeseinheitliche Erfüllung von Qualitätsstandard haben wollen. Das muss über die einzelnen Ländergrenzen hinweg gehen. Deshalb halte ich die Grundausrichtung von § 20 für richtig.

Abg. **Silvia Schmidt** (Eisleben) (SPD): Meine Frage richtet sich an den Sozialverband Deutschland, den VdK Deutschland und den Paritätischen Wohlfahrtsverband: Der Behindertenbeauftragte hat sich zur Einbeziehung der Selbsthilfe auf allen Ebenen der Entscheidung eingesetzt. Dies wurde auch teilweise berücksichtigt und in § 11 festgeschrieben. Halten Sie die Einbeziehung der Selbsthilfeorganisationen der Patientinnen und Patienten, Behinderter und chronisch Kranker Menschen in den Gremien und Entscheidungsstrukturen der gesundheitlichen Prävention für ausreichend? Würden Sie eine Einbeziehung in den gemeinsamen Gremien auch auf Länderebene bevorzugen? Dies betreffe § 18.

SV **Hans-Jürgen Leutloff** (Sozialverband Deutschland (SoVD)): Zunächst möchte ich betonen, dass wir diese Regelung sehr begrüßen, sie aber nicht für weitgehend genug halten. Mit dem GMG sind die Patientenrechte gestärkt worden, doch im Rahmen dieses Präventionsgesetzes handelt es sich in erster Linie um Rechte zur Stellungnahme. Deswegen haben wir hier den Vorschlag, die Rechte der Behinderten und chronisch Kranken und ihrer Vertreter im Rahmen der Gremien zu echten Mitwirkungsrechten zu verstärken, um wirklich der Selbstbestimmung und Mitbestimmung der Patienten im vollen Umfang Rechnung zu tragen.

SV **Jens Kaffenberger** (Sozialverband Deutschland (VdK)): Ich möchte das ergänzen: Wir wünschen uns, dass die Mitwirkung von Patientinnen und Patienten im Bereich der Prävention wie in § 11 für die Bundesebene auch auf Landesebene geregelt wird, insbesondere bezüglich der Lebenswelten.

Ich möchte noch auf das Kuratorium der Stiftung auf Bundesebene eingehen, bei dem wir der Meinung sind, dass die Mitwirkung unzureichend ist. Bisher ist vorgesehen, dass ein Vertreter der Organisationen der Patientinnen und Patienten in dem Kuratorium mitwirkt. Das ist aus unserer Sicht viel zu wenig und wird auch nicht dem Anspruch gerecht, Patientenrechte und Mitwirkungsrechte umfassend zu stärken. Es gibt auch einige Unklarheiten und Widersprüchlichkeiten in dieser Regelung, z. B. sind Vertreter von Organisationen, die bereits im Forum Prävention Mitglied sind, noch einmal in diesem Kuratorium vertreten, während andere, die im Forum sitzen, dort eben nur über das Forum repräsentiert sind. Es sind auch Organisationen in dem Kuratorium vertreten, die bereits über die Selbstverwaltung Zugang zum Stiftungsrat haben. Insofern ist unser Vorschlag, dass das Kuratorium komplett durch das Forum Prävention besetzt werden sollte und dort auf eine angemessene Mitwirkung der Organisationen von Patientinnen und Patienten geachtet werden sollte.

SV **Klaus Heß** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV)): Aus Sicht des DPWV ist darauf hinzuweisen, dass den Patientenvertretern und Selbsthilfeorganisationen mehr Rechte eingeräumt werden sollten. Die Patientenvertreter und Menschen, die in Selbsthilfegruppen aktiv sind, verfügen über ein sehr spezielles Wissen. Gerade wenn etwas für die Lebenswelten angeboten werden soll, ist es wichtig, auf dieses entsprechende Wissen zurückzugreifen.

Nach unserer Auffassung ist dies derzeit nicht gewährleistet. So ist im Kuratorium der Stiftung kein Patientenvertreter explizit vertreten. Wenn man in den Lebenswelten aktiv werden und dort entsprechende Angebote platzieren will, ist es wichtig, in den entsprechenden Gremien Patientenvertreter mitarbeiten zu lassen, damit die Belange der chronisch kranker Patienten entsprechend berücksichtigt werden. Die Patientenvertreter und Selbsthilfeor-

ganisationen haben in der Vergangenheit deutlich ihre Kompetenz gezeigt. Es wird davon ausgegangen, dass die Selbsthilfe eine zentrale Säule im Gesundheitswesen geworden ist. Auch im Gemeinsamen Bundesausschuss haben die Patientenvertreter ihre Qualifikation gezeigt. Deshalb wäre es wünschenswert, wenn den Patientenvertretern, den chronisch Kranken und den Selbsthilfeorganisationen entsprechende weitergehende Mitspracherechte eingeräumt würden.

Abg. Annette Widman-Mauz (CDU/CSU): Meine erste Frage geht an das Büro für Gesundheit und Prävention: Ziel des Gesetzentwurfes ist es, Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken. Wird der Gesetzentwurf diesem Anspruch aus Ihrer Sicht gerecht?

Meine zweite Frage geht an die Bundesärztekammer, die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe und Behinderte und den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste: Sie kritisieren jeweils in Ihrer Stellungnahme die Konzentration des Gesetzentwurfes auf die Primärprävention. Warum sind aus Ihrer Sicht die Einbeziehung von Sekundär- und Tertiärprävention und eine Verzahnung verschiedener Präventionsformen miteinander zwingend geboten?

SV Ulf Fink (Büro für Gesundheit und Prävention): Positiv fällt bei dem Gesetzentwurf zuerst einmal auf, dass es überhaupt einen gibt. Des Weiteren fällt positiv auf, dass Qualitätskriterien und Präventionsziele gemeinsam festgestellt werden sollen, eine regelmäßige Berichterstattung erfolgen soll und man sich auch mit dem wichtigen Thema der Lebenswelten beschäftigt. Damit endet aber die positive Beurteilung. Nach eigenen Aussagen der Regierungskoalition sollte das Zentralthema der Prävention angegangen werden, indem Prävention neben Kuration, Rehabilitation und Pflege eine eigenständige Säule werden sollte. Das leistet dieser Gesetzentwurf nun wahrhaftig nicht.

Nehmen wir einmal das Thema der chronischen Unterfinanzierung der Prävention: Von den jährlich 230 Mrd. Euro, die in Deutschland für das Gesundheitswesen ausgegeben werden, werden lediglich 4,5 % für Prävention aufgewandt. Doch auch der Gesetzentwurf sieht keine Erhöhung dieser Mittel vor; das Gegenteil ist fast der Fall. Die Krankenkassen müssen

das, was im Gesetzentwurf steht, schon nach dem heutigen Gesetzestext bezahlen. Die Rentenversicherungsträger sollen das mit 40 Mio. Euro finanzieren, indem insbesondere bei der Tertiärprävention gespart wird, d. h. es gibt keine zusätzlichen Mittel für Prävention. Verweisen könnte man allenfalls auf Mittel von 20 Mio. Euro bei der Unfallversicherung und 10 Mio. Euro bei der Pflegeversicherung. Das spielt sich aber bei dem Präventionsthema weit hinter der Kommastelle ab.

Die Frage lautet deshalb, ob es nicht überhaupt zu einer Verminderung der Mittel kommt. Die Gefahr ist in der Tat groß, denn es sind überhaupt keine Vorkehrungen dafür getroffen, dass Länder und Kommunen ihre bisherigen Finanzanstrengungen nicht entsprechend dem Engagement der Sozialversicherungsträger zurück fahren. Die Erfahrung der Vergangenheit zeigt das. Man muss sich die Gesundheitsberichterstattung des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 1998 und die Entwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes anschauen, der früher einmal die dritte Säule sein sollte: In dem Maße, wie die Sozialversicherungen bei der Prävention mehr getan haben, haben sich Länder und Kommunen entsprechend beim Öffentlichen Gesundheitsdienst zurückgezogen. Das ist eine große Gefahr, die hier besteht und gegen die dringend etwas getan werden muss.

Zudem muss man sagen, dass es sich hier um einen ordnungspolitischen Rückschritt handelt. Eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, wie es die Prävention und insbesondere die Finanzierung von Lebenswelten nun einmal ist, kann auch nur gesamtgesellschaftlich beantwortet werden. Da man dies aber nicht macht, weil der Bundesfinanzminister und die Finanzminister der Länder offenbar so gefürchtet werden, dass man nicht wagt, etwas gegen sie zu tun, wird ausschließlich die Sozialversicherung zur Finanzierung herangezogen. Das ist genau das Gegenteil dessen, was in der Regierungserklärung steht, wo es heißt, dass der Faktor Arbeit von nicht zulässigen Kosten entlastet wird. Aus diesem Grund meine ich: Dieser Gesetzentwurf bedarf dringend einer Nachbesserung.

SV Dr. Wilfried Kunstmann (Bundesärztekammer (BÄK)): Sie sprechen die Verknüpfung der vorgesehenen primärpräventiven Maßnahmen mit den ärztlichen Tätigkeiten an.

Wir haben in der Tat daran Kritik geäußert, weil Ärzte bereits sehr viele präventive Maßnahmen durchführen und im Gesetzentwurf keine sinnvollen Verzahnungen mit den primärpräventiven Maßnahmen vorgesehen sind – im Gegenteil. 100 Mio. Euro des vorgesehenen Gesamtbetrages sind vorgesehen für Maßnahmen im Bereich der Verhaltensprävention durch die Sozialversicherung, die unseres Erachtens nach nicht qualitätsgesichert sind, weil keine dahingehende medizinische Qualitätssicherung erfolgt, dass hier auch tatsächlich die richtigen Patienten zugewiesen werden. Wir wissen aus Untersuchungen des MDS, dass hier auch sozial Benachteiligte nicht erreicht werden können. Wir wissen aus Heidelberger Studien, dass z. B. Angebote zu Rückenbeschwerden nicht die richtigen Patienten erreichen.

In dem Bereich muss die Ärzteschaft anders einbezogen werden. Das kann aber nur sinnvoll erfolgen, indem die Ärzteschaft in den vorgesehenen Gremien, in der Stiftung, besser mit einbezogen wird und auch mitentscheiden kann. Das wäre sinnvoll auf der Ebene des Stiftungsrates, wo kein eigener Sitz und auch kein Mitentscheidungsrecht der Ärztekammer vorgesehen sind. Wir sind zwar jetzt als eine Organisation unter 16 im beratenden Kuratorium vorgesehen. An verschiedenen Stellen ist in der Gesetzesbegründung auch der ärztliche Sachverstand aufgeführt, der mit hinzugezogen werden sollte. Aber es ist in keiner Weise festgelegt, in welcher Art und Weise dies geschehen soll. So gut das Gesetz sicherlich gemeint ist und soviel Potential es hat, sehen wir hier ein falsches Zeichen in Richtung Ärzteschaft gesetzt. Das Gesetz setzt das falsche Zeichen, indem Prävention zukünftig fast nur noch andernorts stattfinden soll. Das finde ich schade; da müsste unbedingt noch nachgebessert werden.

SV Christoph Nachtigäller (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH)): Wir haben in der Tat kritisiert, dass das Gesetz im ersten Teil durchaus zu Recht die Prävention und Gesundheitsförderung im umfassenden Sinne in den Blick nimmt, diese Gesamtorientierung in der Folge aber nicht aufrecht erhält. Wir haben nur in den ersten beiden Abschnitten die Sekundär- und Tertiärprävention, finden sie aber nicht in den folgenden Abschnitten, wo sie unseres Erachtens dringend hingehört. Bei Zielorientierung, Koordinierung,

Präventionsprogrammen, Aufklärung, Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wären Fragen sowohl der Früherkennung kritisch als auch vor allen Dingen – Tertiärprävention ist unser Hauptthema, das wir ansprechen – die Verhütung der Verschlimmerung von Erkrankungen, von Behinderung sowie Vorbeugung von Folgeerkrankungen. Gerade in dem Bereich verfügen die Verbände chronisch Kranker über einen großen Schatz an Erfahrungen und wirken auch sehr stark in diesem Bereich. Gerade im Hinblick darauf findet teilweise die Selbsthilfeförderung statt. Wenn wir nicht zur einer Fehlversorgung kommen, sondern die bereits beklagte und vom Sachverständigenrat festgestellte Fehlversorgung maßgeblich abbauen wollen, halten wir es für absolut notwendig, einen Zusammenhang zwischen den Präventionsbereichen herzustellen. Dies gilt im Übrigen auch im Hinblick auf eine nahtlose, möglichst ohne Brüche zwischen den Sektoren stattfindende Anschlussversorgung in der Rehabilitation, wie es im SGB IX vorgesehen ist. Wir halten diesen Zusammenhang für absolut notwendig, um die Defizite insbesondere im Tertiärbereich aufzufangen.

Ich kann mir allenfalls vorstellen, dass das Gesetz in der jetzigen Form als Einstieg gedacht ist, auch für den Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention, und die eben geschilderten Maßnahmen und Vorhabenbereiche – wie Präventionsprogramme, Lebenswelten usw. – vielleicht einen Erprobungsbereich in der Primärprävention finden. Aber wir finden es bedauerlich und erwarten mindestens eine entsprechende Programmatik dass wir eine Ausdehnung auch für den Sekundär- und vor allem für den Tertiärbereich bekommen.

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa)): In vielen Bereichen würde ich mich gerne dem anschließen, was meine Vorredner bereits ausgeführt haben. Auch im Bereich der Pflege sind wir der Auffassung, dass die Fokussierung auf die Tertiärprävention nicht ausreichend berücksichtigt worden ist: Insbesondere bei der Zweckbindung fehlt die Verhinderung der Pflegebedürftigkeit als wesentliches Element in diesem Gesetz. Die pflegerischen Maßnahmen sind ausschließlich im § 3 vorgesehen, wo sie zur Verhinderung einer körperlichen, geistigen oder seelischen Fähigkeitsstörungen aufgeführt sind. Diese Maßnahmen sind nach

unserer Ansicht nicht ausreichend angesiedelt im Bereich der Verhaltensprävention, ausschließlich in der Primärprävention, und damit für die Erreichbarkeit der einzelnen Pflegebedürftigen, um die es uns insbesondere geht, nur schwer zugänglich. Insofern halten wir es für zwingend erforderlich, auch den Bereich der pflegerischen Prophylaxe viel stärker in den Fokus zu nehmen und im Bereich der Zweckbindung und Zielsetzung die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit explizit mit aufzunehmen. Damit würde auch die Zielrichtung im Rahmen der demografischen Entwicklung entsprechend stärker fokussiert und berücksichtigt.

Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an die Bundesärztekammer, die schon das beklagt hat, was ich sie fragen wollte: Könnten Sie konkret sagen, wie Sie sich als Ärzteschaft bei den Beratungs- und Mitbestimmungsstrukturen einordnen würden? Vielleicht könnten Sie noch einmal verdeutlichen, wie für Sie eine sinnvolle Verzahnung zwischen SGB V und einem Präventionsgesetz im Hinblick auf Ihre Aufgabenstellung aussehen würde.

Meine zweite Frage richtet sich an einen der beiden Vertreter der kommunalen Spitzenverbände: Können Sie begründen, wie der Öffentliche Gesundheitsdienst im Hinblick auf Beratungskompetenz bei dem Präventionsgesetz mehr beteiligt werden sollte?

SV Dr. Wilfried Kunstmann (BÄK): Ich habe es bereits kurz angedeutet: Es ist bekannt, dass die Ärzteschaft Vorsorgeuntersuchungen durchführt. Hier gibt es natürlich Schnittstellen zur Primärprävention und zur Gesundheitsberatung, z. B. im Bereich des Gesundheitscheck ab 35 Jahren nach § 25 SGB V oder auch in den Kinder- und Früherkennungsuntersuchungen. Hier wäre es wichtig, dass wir qualitätsgesicherte Angebote haben könnten, die auch über dieses Gesetz mit gefördert werden – meinetwegen durch die gesetzlichen Krankenversicherungen, aber durchaus auch im ärztlichen Kontext durchgeführte Maßnahmen, wo die Ärzteschaft genau weiß, für welche Patienten diese Angebote sinnvoll sind. Das ist bisher nicht sinnvoll miteinander verzahnt.

Hinsichtlich der Frage der Mitwirkung der Ärztekammer ist uns auf jeden Fall die Definition der Ziele wichtig, bei der ärztlicher Sach-

verstand mit einbezogen werden muss und auch mit entscheiden sollte. Erst dann ist es auch sinnvoll, in dieses Gesetz Sekundär- und Tertiärprävention einzubeziehen. Solange die Entscheidungsstrukturen so bleiben, wie sie hier vorgesehen sind, wäre diese Einbeziehung nicht unbedingt sinnvoll. Wir könnten uns vorstellen, dass die Bundesärztekammer zumindest in § 11 Abs. 5 als mitberatendes Gremium bei der Ausarbeitung von Empfehlungen für Ziele mit einbezogen wird. Dort ist sie bisher nicht aufgelistet, und dies sollte geändert werden, auch wenn sie sehr wohl im Kuratorium mit einem Sitz aufgeführt ist.

Sve Ingrid Robbers (Deutscher Städtetag): Die Städte und Kreise vertreten auch den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Es ist von Herrn Fink schon angesprochen worden, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst als dritte Säule des Gesundheitswesens gedacht war oder ist. Wir sehen uns auch so. Hinsichtlich der finanziellen Gewichte der gesetzlichen Krankenversicherung und der übrigen Sozialversicherungsträger hat diese Säule natürlich leider nicht die gleiche Stärke, wohl aber bin ich der Auffassung, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst hinsichtlich der Funktionen die Aufgaben einer dritten Säule erfüllt.

Im Hinblick auf Prävention haben wir seit Jahren bedauert, dass § 20 seinerzeit verändert wurde, der früher ähnlich wie § 21 in der Jugendzahnpflege ausgestaltet war, dass nämlich zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und den zuständigen Stellen, einschließlich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Vereinbarungen über die Durchführung der Prävention geschlossen werden sollten. Erst als diese Vorschrift gestrichen wurde, ging die jahrelang gute Zusammenarbeit zwischen Öffentlichen Gesundheitsdiensten in den Städten und in den Kreisen sehr zurück. Dies haben wir heute noch festzustellen. Dann wurde § 20 nachgebessert, aber nach wie vor nicht entsprechend der früheren Fassung. Wir sehen auch, dass das jetzige Gesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Kommunen nicht denselben Stellenwert bringt, wie es die frühere Rechtslage war. Insgesamt begrüßen wir den Gesetzentwurf, weil es dadurch zu einem stärkeren Einstieg in die Prävention kommt. Gerade z. B. bei § 21 betreffend die Jugendzahnpflege, die auch ein Teil der Prävention ist, war in den letzten Jahren wieder festzustellen, dass die Kassen ihre Mittel nicht

ausschöpfen. Wir hoffen, dass der Gesetzentwurf den Einstieg dafür bringt, dass die Kassen die seit Jahren nach § 20 und § 21 vorgesehenen Mittel auch tatsächlich ausgeben; das ist auch so im Gesetzentwurf vorgeschrieben.

Wir sehen es als sinnvoll an, zunächst einen schmalen Einstieg zu schaffen, um später gegebenenfalls weiter aufzubauen. Wir glauben, dass die Ziele, die im Augenblick verfolgt werden sollen, nicht mit dem schmalen Einstieg zu erreichen sind. Dennoch halten wir diesen Einstieg für außerordentlich wichtig. Auch wenn wir die Strukturen, die hier aufgebaut werden, etwas als schwierig ansehen, muss abgewartet werden, ob es tatsächlich zu diesen Partnerschaften kommt. Der ÖGD ist sehr wichtig für die Prävention. Nur wenn es gelingt, den Öffentlichen Gesundheitsdienst in der Kooperation mit den Krankenkassen und der übrigen Sozialversicherung zu verzahnen, kann das Gesetz unseres Erachtens nach gelingen. Das bedeutet in keiner Weise, dass sich die Länder und Kommunen für den ÖGD entlasten werden. Es geht hier um eine Partnerschaft und darum, dass die Mittel sinnvoll von den Kassen eingesetzt werden und nicht jede Gruppe versucht sich zu profilieren. Insofern sehen wir es als sehr positiv an, dass der Gesetzentwurf hier gerade den Setting-Ansatz stärkt. Das ist ein Gebiet, wo der ÖGD seit Jahrzehnten sein Hauptaufgabenfeld in der Prävention hat. Gerade hier sollten die Mittel der Kassen unter starker Mitwirkung des ÖGD zielgerichtet eingesetzt werden.

Abg. **Andreas Storm** (CDU/CSU): Ich habe Fragen zum Thema Beitragsrecht und Finanzverfassung an den Sachverständigen Professor Seewald, den Sachverständigen Karl Jung, für die Spitzenverbände der Krankenkassen den Vertreter der IKK und den VDR:

Wie beurteilen Sie die vorgesehene Möglichkeit der Mitentscheidung von Ländern und Kommunen über die Verwendung der von den Sozialversicherungsträgern eingebrachten Beitragsmittel auf Länderebene in Fonds? Stellt die vorgesehene Verwendung der von den Sozialversicherungsträgern in die Bundesstiftung eingebrachten Mittel für bevölkerungsbezogene Aufklärungsmaßnahmen möglicherweise eine zweckwidrige Verwendung von Beitragsmitteln dar? Stellt die im Gesetzentwurf vorgesehene Finanzierung der Primärprävention in Lebenswelten eine zweckwidrige

Verwendung von Beitragsmitteln dar? Inwiefern liegt bei diesen Sachverhalten möglicherweise ein Verstoß gegen die Finanzverfassung des Grundgesetzes oder gar gegen Grundrechte vor?

SV Prof. Dr. Otfried Seewald: Ich möchte erst eine kleine Leseempfehlung abgeben: Ich habe ein Gutachten erstellt. Leider ist es erst am letzten Mittwoch fertig geworden, aber es ist sehr aufschlussreich und lesbar, soweit es vor allem die verfassungsrechtlichen Dinge angeht.

Das Gesetz folgt im Prinzip dem Organisationsgrundsatz, „alle machen alles“. Das hat den großen Vorteil, dass es keine Schnittstellen mehr gibt. Es hat aber auch einen großen Nachteil: Keiner weiß mehr, was zu tun ist. Das Gesetz löst das ganz elegant, indem es eine mittlere Ebene auf Landesebene und eine höhere auf Bundesebene festlegt und davon ausgeht, dass es dann schon funktionieren wird. Ich soll zunächst einen Blick auf die Landesebene werfen. Dieser zeigt, dass die Regelung völlig diffus wird, je weiter es von den Sozialversicherungsträgern weggeht. Niemand weiß, wer was zu tun hat. Alles, was auf der Landesebene geschieht, trägt diesen Makel der Unbestimmtheit mit sich.

Nun wird nach dem Gesetzentwurf auf der Landesebene nicht nur beraten, sondern auch beschlossen. Die Mitentscheidung von Ländern und Kommunen über die Verwendung der Beitragsmittel ist bereits insoweit problematisch, als diese Mittel allein den Beitragszahlern zu Gute kommen. In verschärfter Weise stellt sich die Zulässigkeit einer solchen Befugnis insoweit, als diese Mittel für Vorhaben von Ländern und Gemeinden verwendet werden und nicht Beitragszahlern zu Gute kommen. Das halte ich für verfassungswidrig.

Ein weiteres Problem von verfassungsrechtlicher Brisanz besteht darin, dass der Zugriff durch mitentscheidende Bundesinstitutionen auch auf Landesebene stattfindet. Auf der Landesebene werden der Bund und die Länder verwaltungsmäßig gemischt, sie entscheiden mit über fremde Mittel in einer Landeseinrichtung. Soweit das Präventionsgesetz diese Mechanismen zulässt, ist es meiner Ansicht nach ganz eindeutig verfassungswidrig.

SV Staatssekretär a.D. Karl Jung: Die Zielsetzung und die Absicht des Gesetzgebers – Stärkung der Prävention, Entwicklung einer vierten Säule der gesundheitlichen Versorgung, Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik – sind zu begrüßen, aber leider werden diese höheren Ziele mit dem Gesetzentwurf nicht erreicht. Der Gesetzentwurf ist nicht in der Lage, das, was im Vorfeld in den Eckpunkt papieren zum Teil theoretisch entwickelt worden war – Zielvorstellungen, Koordinierungsbedarf, Qualitätssicherung, Berichterstattung, Eigenverantwortung –, sachgerecht und wirksam umzusetzen. Der Gesetzentwurf ist auf dem Felde der Gesundheits- und Sozialpolitik das schlechteste Merkmal, das ich in 40 Jahren meiner Tätigkeit in Bonn erlebt habe. Er ist unbrauchbar, um die Ziele zu erreichen. Man sollte sehr viel sorgfältiger mit den verfassungsrechtlichen und fachlichen Problemen umgehen und sich nicht in eine Euphorie hineinsteigern, nur weil die Zielvorstellungen richtig sind. Das Gesetz ist in dieser Form nicht anwendbar und wird das, was damit gewollt ist, nicht erreichen, weil es nicht umgesetzt werden kann.

Der Eingriff auf der Bundes- und Landesebene in die Verwaltungs- und Finanzkompetenzen ist das härteste, was bisher in 120 Jahren Geschichte der Sozialversicherung der Selbstverwaltung in Deutschland geschieht. Die Aufgabe der Durchführung und Finanzierung der Sozialversicherung obliegt den Sozialversicherungsträgern, im Bereich der Prävention zunächst der Krankenversicherung. Es ist nicht Aufgabe der Länder oder von Bundesstellen, in diese Organisation verwaltungsmäßig und finanziell einzugreifen. Die Krankenkassen haben die Alleinverantwortung für diese Aufgabe. Bisher hat es niemand für notwendig und zulässig gehalten, in diese Aufgaben einzugreifen und Teile der Sozialversicherungsaufgaben, sei es in der Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung an sich zu ziehen. Das war bisher über 120 Jahre ausschließlich Sache der Träger und geht weder den Bund noch die Länder etwas an. Deshalb muss man diesen verwaltungsmäßigen und finanziellen Eingriffen in die Sozialversicherungssysteme nachhaltig widersprechen: Sie sind verfassungsmäßig nicht gedeckt.

Was die Setting-Ansätze angeht, so gehört das durchaus mit zur Aufgabenstellung. Wenn das insgesamt – beispielsweise in Kindergärten oder Schulen – den Versicherten zu Gute

kommt, kann das auch so gemacht werden, aber in der Hand der Träger und nicht in der Hand des Staates, der Länder oder des Bundes.

SV Rolf Stuppardt (Bundesverband der Innungskrankenkassen (IKK-Bundesverband)): Uns als gesetzliche Krankenversicherung kommt es sehr darauf an, ein Präventionsgesetz zu haben, was im Sinne der gesellschaftspolitischen Bedeutung, die Präventionspolitik nun einmal hat, tatsächlich trägt. Wir wissen, in Deutschland besteht ein Defizit an Prävention. Dieses Defizit sind wir nicht nur als Krankenversicherung im Sozialversicherungsbe reich angetreten abzubauen. Das geht aber nicht alleine, da sind viele andere auch gefragt. Von daher war es uns sehr wichtig – bezogen auf diesen Gesetzentwurf – nicht nur Klarstellungen, Ergänzungen und gründliche Überarbeitungen an verschiedenen Punkten im Rahmen unserer Gesamtstellungnahme zu fordern. Vielmehr haben wir als Spitzenverbände ernsthaft darüber nachgedacht, wie wichtig es ist, die verfassungsrechtlichen Ausrichtungen eines solchen Gesetzes genau zu unterfüttern und zu erkennen, damit dieses Gesetz auch trägt und lebt mit allen seinen notwendigen Partnern, die es braucht.

Bund und Länder sind nach der jetzigen gesetzlichen Ausrichtung im Rahmen der Beanspruchung von Mitentscheidungsrechten nach unserer Auffassung auf einem Wege, wo die Finanzhoheit der Entscheidungsträger, derjenigen, die hier Geld einzubringen haben, negativ tangiert wird. Dies ist aus sachlichen Erwägungen heraus nicht in Ordnung. Nachgebessert werden muss aber auch aufgrund der Tatsache, dass die Haushalte der Körperschaften des öffentlichen Rechts, der Selbstverwaltungen, gegenüber Bund und Ländern abgeschottet sein müssen, wie es verfassungsrechtlich erforderlich ist. Ich möchte nicht, dass die Entscheidungsgremien, die wir schaffen und die tatsächlich Maßnahmen in die Welt setzen sollen – hoffentlich auf der Basis allgemeingültiger Ziele – nur deswegen rechtlich hinterfragt werden und nicht arbeiten können, weil hier verfassungsrechtliche Grundsätze nicht beachtet worden sind, weil hier Entscheidungen im Rahmen von Mischverwaltungsorientierungen stattfinden, die nicht haltbar sind. Ich denke, dass das sehr einfach zu korrigieren ist.

Wir haben in dem von Professor Seewald angesprochenen Gutachten im Übrigen etwa

sieben Punkte, bei denen wir Korrekturbedarf sehen. Einer dieser Punkte ist die in der Fragestellung angesprochene Erstellung des Gutachtens als Grundlage für den Präventionsbericht, der richtig ist und den die Bundesregierung zu Recht fordert. Dafür können aber nicht die Mittel der Sozialversicherungsträger herangezogen werden, weil es letztendlich bei diesem Bericht um die Erfüllung einer gesellschaftspolitischen Aufgabe geht, die steuerfinanziert werden muss. Von daher lehnen wir eine Finanzierung eines solchen Berichts über die sicherlich überschaubaren Mittel der Sozialversicherung, die praktisch in Maßnahmen ankommen, ab.

SV Dr. Axel Reimann (VDR): Nach dem Gesetzentwurf werden Mittel der Rentenversicherung für staatliche Aufgaben eingesetzt. Das darf nach der Finanzverfassung so nicht sein. Insofern müssten Mittel der Rentenversicherung, Beitragsmittel, ausschließlich ihren Versicherten und Beitragszahlern zu Gute kommen. Das ist insbesondere im Bereich der Prävention in Lebenswelten nicht sichergestellt. Insofern sehen wir hier den entscheidenden Nachbesserungsbedarf an dem Gesetz. Das Gleiche gilt natürlich in entsprechender Weise für die Mittel, die aus der Individualprävention in den Bereich der Prävention in Lebenswelten zu übertragen sind, wenn diese Mittel im ersten Jahr nicht ausgeschöpft werden können. Abgesehen davon, dass die entsprechenden Übertragungsmöglichkeiten im Bereich der Rentenversicherung für Haushaltsmittel in dieser Form nicht gegeben sind, ginge dies im nächsten Jahr zusätzlich zu Lasten des dann vorhandenen Reha-Budgets, so dass hier letztlich eine Abwärtsspirale im Bereich der Rehabilitation im Gesetz formuliert ist.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU): Meine Frage zur Verwendung nicht abgerufener Finanzmittel geht an den VDR und an Professor Seewald: Sind die Bestimmungen in § 24 des Gesetzentwurfes, nach denen nicht verwendete Finanzmittel für die Verhaltensprävention im Folgejahr zusätzlich für Maßnahmen der Primärprävention in Lebenswelten verwendet werden müssen, mit dem geltenden Beitragsrecht und der Finanzverfassung des Grundgesetzes vereinbar?

SV Dr. Axel Reimann (VDR): Grundsätzlich würden die Regelungen über die Präventionsleistungen in Lebenswelten dazu führen, dass letztlich Rentenversicherungsbeiträge für Präventionsmaßnahmen verwendet werden, die entgegen der Zweckbindung der Beiträge nicht nur den Rentenversicherten, sondern auch den nicht Rentenversicherten zu Gute kommen würden. Damit würden Beitragsanteile in gleichheitswidriger Weise Verwendung finden, da Ungleiches – auf der einen Seite die Beitragszahlung, auf der anderen Seite die Nichtbeitragszahlung – letztlich gleich behandelt würde. Das sehen wir als Verstoß gegen das Gleichbehandlungsgebot bzw. in Umkehrung sehen wir die Notwendigkeit, Ungleiches auch ungleich zu behandeln. Entsprechendes gilt für die Übertragung der Mittel. Ich weise zudem darauf hin, dass im Übrigen Mittel, die im Bereich der Rehabilitation nicht verausgabt werden, unmittelbar der Schwankungsreserve der Rentenversicherung zu Gute kommen und von daher in den Finanzberechnungen für das Folgejahr bzw. die Folgezeit schon anderweitig gebunden sind.

SV Prof. Dr. Otfried Seewald: Es ist in der Tat so, dass § 24 Sanktionen in zwei Schritten vornimmt. Im ersten Sanktionsschritt werden schon die Beitragsmittel umgewidmet und einem anderen Zweck zugeführt, das ist richtig.

Der Staat kann durch seine Regelung nicht beliebig auf das Geld zugreifen, egal ob Steuer- oder Beitragsmittel. Das ist ein schweres Missverständnis, das diesem Gesetz zu Grunde liegt. Die Beitragsmittel sind zweckgebunden, bedürfen einer besonderen Rechtfertigung, und sind innerhalb eines jeden Versicherungssystems mit Solidarelementen abgestimmt. Sobald eine Umwidmung erfolgt, stört man zugleich auch dieses Solidarsystem. Es ist keine Erfindung von uns, sondern verfassungsrechtlicher Grundkonsens, dass Beiträge einer besonderen Legitimation bedürfen. Mit Beiträgen, die im Rahmen von Zwangsversicherungssystemen eingezogen werden, darf man nicht so umgehen wie mit Steuermitteln. Diese verfassungsrechtliche Bewertung teile ich; das verstößt gegen Artikel 3 Abs. 1. Solange man soziale Sicherung mit Versicherungssystemen macht und Beiträge erhebt, ist man auch an das System gebunden. Wenn man sich für Beiträge ausgesprochen hat, ist man gebunden und kann

nicht entscheiden, sie wie Steuermittel zu behandeln. Das ist eindeutig verfassungswidrig.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zur Finanzierung an BDA und DGB: Welche sachlichen Gründe sprechen nach Ihrer Meinung gegen eine Einbeziehung der Bundesagentur für Arbeit in die Stiftung für Prävention?

SV **Alexander Gunkel** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)): Wir unterstützen zwar das Anliegen des Präventionsgesetzes, die Prävention insgesamt zu stärken und eine bessere Verzahnung der Akteure zu erreichen, kritisieren aber die Finanzierung durch die Sozialversicherung und damit auch durch die zwischendurch angedachte Mitfinanzierung der Bundesagentur für Arbeit. Prävention ist auch ausweislich der Gesetzesbegründung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Sie muss daher von allen und somit aus Steuermitteln finanziert werden. Insofern haben wir uns gegen die zwischenzeitlich angedachte, nun nicht mehr im Gesetzentwurf enthaltene Mitfinanzierung der Bundesagentur für Arbeit gewandt.

Wir können die Argumentation, die angeführt und auch im Rahmen dieser Anhörung schon genannt worden ist, nicht nachvollziehen: Die Lasten, die Arbeitslose durch gesundheitliche Probleme haben, sind nicht die Aufgabe der Arbeitslosenversicherung. Die Bundesagentur für Arbeit wird in hohem Maße bereits heute von Fremdaufgaben überfrachtet. Wenn wir den Gedankengang fortführen, dass die Bundesagentur für Arbeit für alle Dinge die Verantwortung mit übernehmen müsste, die mittelbar zur ihrer finanziellen Situation beitragen, würde dies beispielsweise auch dazu führen, dass wir die Finanzierung des Schul- und Hochschulwesens ebenfalls der Bundesagentur für Arbeit übertragen müssten, weil durch die Defizite des Bildungssystems insbesondere die Arbeitslosenversicherung belastet ist. Der Gedankengang ist abwegig, alles, was mittelbar zu einer Belastung der Bundesagentur für Arbeit führt, auch in ihre Finanzierungsverantwortung zu stellen, und wird von uns abgelehnt.

Die gesamtgesellschaftliche Aufgabe Prävention muss von allen finanziert werden, d. h. aus Steuermitteln und nicht über Beitragsmittel.

Letztere sollen vielmehr – wie die Bundesregierung es zugesagt hat – gesenkt werden auf unter 40 % bei den Beitragssätzen. Die Finanzierung des Präventionsgesetzes erschwert dieses Ziel.

SV **Dr. Heinz Stapf-Finé** (DGB): Frau Dr. Engelen-Kefer hat in ihrem Wortbeitrag schon geltend gemacht, dass die Bundesagentur zum einen durch Umstrukturierungsmaßnahmen im Zuge der Hartz-Gesetzgebungsprozesse stark belastet ist. Zum anderen ist die Bundesagentur auch durch gesamtgesellschaftliche Aufgaben stark finanziell belastet. Ich erinnere hier an den Aussteuerungsbetrag, so dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Einbeziehung der Bundesagentur nicht für notwendig und auch nicht für sinnvoll erachtet wird. Ich kann mir allerdings vorstellen, dass die Struktur, die im Zuge des Präventionsgesetzes jetzt aufgebaut wird, möglicherweise eine entsprechende Sogwirkung entfaltet, so dass zu einem späteren Zeitpunkt darüber nachzudenken wäre.

Abg. **Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die ersten Fragen gehen an Herrn Prof. Rosenbrock: Vorgesehen ist, dass Leistungen zur Verhaltensprävention nur dann erbracht oder gewährt werden, wenn ihre Wirkung wissenschaftlich hinreichend nachgewiesen ist. Ist sie nicht ausreichend nachgewiesen, kann vereinbart werden, dass sie innerhalb einer angemessenen Frist auf Kosten des Leistungserbringers nachgewiesen wird. Wie bewerten Sie diese Regelung?

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**: Prinzipiell halte ich die Vorschrift, dass in Zukunft in Deutschland Primärprävention nur noch durchgeführt werden darf, wenn sie qualitätsgesichert ist, für einen der ganz wesentlichen Vorteile und Fortschritte, die mit diesem Gesetz bewirkt werden. Ich halte die Regelung insgesamt im Gesetz auch für in sich schlüssig.

In dem einen Punkt habe ich aber doch erhebliche Bedenken, wenn die Kosten ausschließlich auf den Leistungserbringer abgewälzt werden. Aus meiner Sicht ist die Übertragung der Qualitätssicherung eine Aufgabe, die die Stiftung bzw. die die Präventionsträger zu bewerkstelligen und zu verantworten haben, wo auch die Informationen zusammen fließen sollen. Infolgedessen hätte ich an diesem Punkt

drei Änderungsvorschläge: Der eine bezieht sich auf § 20 Abs. 1, wo ich unbedingt dafür plädieren würde, die Erbringung des Leistungsnachweises durch die Leistungserbringer ersatzlos zu streichen. Weiterhin würde ich in § 17 Abs. 4 vorschlagen, dass nur solche Leistungserbringer oder Lebenswelten beauftragt werden dürfen, die explizit ihre Bereitschaft zur Mitwirkung an der Qualitätssicherung erklärt haben. Drittens würde ich vorschlagen, dass die Maßnahmen der Qualitätssicherung in § 17 Abs. 5 um die erforderlichen Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und zur Ermittlung der Wirksamkeit erweitert werden. Auf diese Weise hätten wir ein selbstlernendes System bei den sozialen Präventionsträgern, bei den Entscheidungsgremien auf Landesebene, bei der Stiftung auf Bundesebene. Dies würde es uns ermöglichen, die Qualitätssicherung als selbstlernendes System zu organisieren.

Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die zweite Frage geht an Herrn Dr. Mielck und ebenfalls an Herrn Prof. Rosenbrock: Laut Entwurf sollen präventive Maßnahmen insbesondere dazu beitragen, sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen abzubauen. Inwiefern halten Sie diese Formulierung für zielführend oder auch nicht? Wie sind diesbezüglich die bisherigen Erfahrungen mit dieser Norm aus § 20 SGB V zu bewerten?

SV Dr. Andreas Mielck: Bei dem Thema Ungleichheit bei Gesundheit geht es um Unterschiede nach Beruf, Einkommen und Bildung. Diese sind in Deutschland so groß, dass dieses Thema zu Recht als das Hauptproblem angesehen werden kann. Das größte Potential für Prävention liegt darin, diese Ungleichheit zu verringern.

Wir haben viele Projekte, die bereits gezeigt haben, dass etwas getan werden kann. Jetzt müssen wir die Projekte herausfinden, die nachweislich etwas gebracht haben. Wir brauchen ein System, das lernt, aus guten Beispielen zu lernen. Ich kritisiere an dem Paragraphen, dass wir bisher zu wenig ein System aufgebaut haben, um aus den Erfahrungen zu lernen. Es sind alles sehr blauäugige Zielformulierungen. Wir haben viele Erfahrungen aus dem Ausland, z. B. aus England, Schweden, Norwegen usw. Es ist ganz wichtig, daraus zu lernen, zu quantifizieren und festzulegen, was

wir wann und durch wen genau erreichen wollen. Wir dürfen nicht nur allgemein formulieren, dass das Ziel erreicht werden soll. Ich halte das Ziel insgesamt für äußerst zentral und auch gut erreichbar. Aber eine klare Strategie, die unbedingt notwendig ist, fehlt aus meiner Sicht bisher noch.

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock: Nur einen Satz zum Ausmaß: Menschen aus dem untersten Fünftel der Bevölkerung – nach den Merkmalen Einkommen, Bildung und Stellung im Beruf – haben ungefähr fünf bis sieben Jahre weniger zu leben, plus fünf bis sieben Jahre weniger behinderungsfreies Leben. Wenn wir über die Sicherung der Sozialversicherung für die Zukunft reden, kommen wir nicht darum herum, diese Ungleichheit erst einmal anzuerkennen und als das zentrale Thema der Gesundheitspolitik zu akzeptieren. Deswegen finde ich in diesem Sinne die Gesetzesintention ganz hervorragend. Das bedeutet aber auch, dass wir sehr viel stärker in die Prävention in Lebenswelten investieren, weil einfache Verhaltensprävention bei diesen Zielgruppen nur sehr beschränkt ankommt.

Ich halte in dieser Hinsicht die Koordination zwischen den drei Ebenen Stiftung, Entscheidungsgremien auf Landesebene und individueller Prävention für dringend verbesserungsbedürftig im Sinne von mehr Verbindlichkeit und im Sinne der Verhinderung dessen, was wir in der Vergangenheit zu beobachten hatten, dass nämlich die einzelnen Krankenkassen bei der Umsetzung von § 20 Abs. 1 aus der „double-bind-Situation“ zwischen der Konkurrenzsituation, die sie dazu bringt, um gute Risiken konkurrieren zu müssen, und dem Auftrag des § 20 Abs. 1. alt, einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit leisten zu müssen, herauskommen. Wir dürfen keinem Akteur mehr die Möglichkeit geben, dieser zentralen Verpflichtung sowohl im Artikel 1 des Präventionsgesetzes als auch im Artikel 2 des Stiftungsgesetzes zu entkommen.

Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zwei Fragen an die Bundespsychotherapeutenkammer: Wir haben schon des Öfteren gehört und viele Stellungnahmen zeigen, dass die Sorge geäußert wird, dass das Präventionsgesetz gerade im Bereich der Prävention bei Kindern und Jugendlichen den Kommunen Gelegenheit bieten wird, sich aus

ihrer Verantwortung zu verabschieden und notwendige präventive Leistungen über die Beitragsgelder der Sozialversicherung zu finanzieren. Teilen Sie diese Befürchtungen? Wenn ja: Welche Konsequenzen hätte das? Welche Regelungen würden Sie im Gesetz für erforderlich halten, um dies zu verhindern?

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass bis zur erstmaligen Beschlussfassung über Präventionsziele übergangsweise die von „gesundheitsziele.de“ vorgeschlagenen Zielsetzungen gelten. Für Kinder und Jugendliche wäre dies der Bereich Ernährung, Bewegung und Stress. Halten Sie diese Übergangsregelung für angemessen?

SV Detlev Kommer (Bundespsychotherapeutenkammer (Bptk)): Ich gehe zunächst ein auf die Zielsetzung und den Verweis auf „gesundheitsziele.de“. Wir halten diese Verweisregel für unzureichend: Die dort genannten Teilziele sind zu subsumieren unter das Oberziel Förderung der Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Dieses prioritäre Ziel ist gerade kürzlich auch von den Europäischen Gesundheitsministern in Helsinki bekräftigt worden. Es hat deswegen den richtigen Platz auf der Ebene des Präventionsgesetzes und muss dort in das Ziel der lebensweltbezogenen, verhältnisbezogenen Interventionsstrategie integriert werden. Es macht im Übrigen auch dann erst Sinn, wenn man Lebensspannen zur Lösung der Ressourcenallokationsfrage heranzieht. Dabei ist der Schwerpunkt im Bereich der Kinder und Jugendlichen ganz besonders prominent zu betonen und im Gesetz auch entsprechend zu verankern.

Sve Dr. Christina Tophoven (Bptk): Die Kinder und Jugendlichen sind mit Sicherheit eine der wichtigsten Zielgruppen für Prävention. Die Gesundheitsberichte des Bundes und der Länder zeigen, dass die psychische Gesundheit ein vorrangiges Präventionsziel wäre. Es passiert einiges in Kindergärten und Schulen, Stichworte sind hier Sucht- und Gewaltprävention. Das wird derzeit vor allem über die Kinder- und Jugendhilfe finanziert. Wir wissen aber alle, wie die finanzielle Situation der Kommunen ist, und das kommunale Entlastungsgesetz zeigt sehr schön, dass die Kommunen versuchen, sich aus der Kinder- und Jugendhilfe immer mehr zurückzuziehen. Vor dem Hintergrund kann man ahnen, was mit dem Präventionsgesetz passieren wird: Nicht

mehr die Kommunen werden Gewalt- und Suchtprävention, Prävention für psychische Gesundheit für Kindergärten und Schulen finanzieren. Vielmehr wird das künftig über die Beitragsgelder der Sozialversicherung passieren, so dass man wirklich befürchten muss, dass keine zusätzlichen finanziellen Impulse gegeben werden. Es bleibt zu hoffen, dass durch das Gesetz ein qualitativer Impuls gesetzt wird, denn die Lage im Präventionsbereich ist sehr heterogen. Es gibt keinen Überblick darüber, was eigentlich passiert, und es gibt auch keine allgemeingültigen Qualitätsstandards. Es bleibt zu hoffen, dass solche Standards über die Präventionsstiftung Eingang finden, allerdings nur, wenn die Präventionsprojekte ausreichend evaluiert werden. An dem Punkt können wir uns nahtlos Prof. Rosenbrock anschließen.

Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an die Bundesvereinigung für Gesundheit: Vorgesehen ist, dass die sozialen Präventionsträger Modellvorhaben auch zusammen mit den Gesundheitsbehörden oder Sozialhilfeträgern durchführen können. In Ihrer schriftlichen Stellungnahme fordern Sie, als mögliche Partner auch nichtstaatliche Träger und Anbieter von Präventionsleistungen zu nennen. An welche Zusammenschlüsse denken Sie? Welche Bedeutung haben diese anderen Träger in der heutigen Präventionslandschaft?

SV Dr. Uwe Prümel-Philippsen (Bundesvereinigung für Gesundheit (BfGe)): In der Tat wissen wir, dass die Kostenträger zwar bei den Maßnahmen zur Prävention im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen, sowohl bei der Verhaltens- wie bei der Verhältnisprävention. Wir wissen aber auch – der Ansatz der Stiftung spiegelt das im Kuratorium wider –, dass weitere namhafte und wichtige Partner bei der Umsetzung dieser Maßnahmen beteiligt sind. Dies sind bekanntermaßen eine ganze Reihe von nichtstaatlichen Organisationen: Ich erinnere u. a. an die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung, Zusammenschlüsse auf den Landesebenen, die großen Wohlfahrtsverbände und die großen Fachverbände, die hier auf unterschiedlichste Art und Weise an der Umsetzung von Maßnahmen beteiligt sind und zum Teil als Leistungsanbieter und als Vertragspartner auch der Kassen gelten. Wir können aus der Erfahrung mit § 20, insbesondere

in der neuen Fassung, sagen, dass die Umsetzung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bisher erfolgreich abgelaufen ist.

Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Ernährung: Wir haben es vorhin schon gehört: Hauptursache für die Entstehung vieler Erkrankungen ist die Fehlernährung vor allem bei Kindern und Jugendlichen. In Deutschland entsteht ein besonders hohes Maß an ständig wachsenden Problemen auf Grund der Ernährung. Halten Sie vor diesem Hintergrund die Einbeziehung von gesunder Ernährung oder von Ernährungsaufklärung im Präventionsgesetz in Form einer eigenen Lebenswelt, in der das Bewusstsein, das Verhalten und die Strukturen für gesunde Ernährung mit gezielten Maßnahmen gefördert werden, für sinnvoll?

SV Prof. Dr. Helmut Rottka (DGE): Ich finde es ausgesprochen sinnvoll, wenn man die Ernährung so früh wie möglich in die Lebenswelten einbringt. Kinder gehören mit zu den am stärksten gefährdeten Gruppen. Dank des Bewegungsmangels, dank der modernen Technologien, denen sie ausgesetzt sind, hat das Übergewicht eine Form angenommen, die wir nie für möglich gehalten hätten. Ich habe vorhin schon gesagt: Ich vermisse in diesem Gesetzentwurf überhaupt das Wort Ernährung. Es kommt praktisch nicht vor, obwohl die Ernährung heute neben dem Bewegungsmangel den Hauptgrund für etwa 90 % der so genannten Zivilisationskrankheiten darstellt. Ich würde es außerordentlich begrüßen, wenn über die Lebenswelten eine deutliche Betonung der Notwendigkeit einer vernünftigen Ernährung in das Präventionsgesetz hinein käme.

Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung im Abstand von mindestens sieben Jahre Empfehlungen zu Präventionszielen und Teilzielen beschließt. Wie bewerten Sie diese Regelung? Halten Sie Empfehlungen für verbindlich genug?

SV Rolf Stuppardt (IKK-Bundesverband): Wir haben von Anfang an gesagt, dass Ziele in der Prävention ungeheuer wichtig sind, um nach vorne zu kommen. Das findet man in allen Konzepten, von daher ist der im Gesetz vorgesehene Weg, Prävention und Gesundheitsförderung an konsentierten Zielen zu orientieren, richtig und vernünftig.

Es stellt sich aber die Frage, inwieweit über die Bundesrepublik und die Länder hinweg auch eine Orientierung an gleichen Zielen erfolgt, d. h. bezogen auf die Lebensverhältnisse in Sachen Prävention eine gewisse Einheitlichkeit hergestellt wird. Wir sind der Auffassung, dass Prävention auf allen Ebenen gleich wirken sollte und gleiche Ziele verfolgt werden sollten. Hier finden wir, dass man etwas an dem Gesetzentwurf verbessern muss, damit tatsächlich auch alle gemeinsame Ziele verfolgen und nicht die Möglichkeit besteht, dass in einzelnen Regionen grundsätzlich abweichende Ziele verfolgt werden. Dies würde den Zweck der Präventionspolitik und die darin steckenden Möglichkeiten nach unseren Erfahrungen konterkarieren.

Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an die Spitzenverbände, den Verband der Deutschen Rentenversicherungsträger und den Bundesverband der Unfallkassen: Die sozialen Präventionsträger sollen zur Zusammenarbeit bei der Präventionsförderung verpflichtet werden. Halten Sie dennoch Abgrenzungsprobleme für wahrscheinlich? Welche Regelungen wären gegebenenfalls erforderlich, um solche Reibungsverluste zu vermeiden?

SV Rolf Stuppardt (IKK-Bundesverband): Wir haben sehr gute Erfahrungen in der Kooperation zwischen den Sozialversicherungsträgern. Das machen wir seit Jahren auch heute schon. Von daher ist es richtig, eine solche Linie weiter zu verfolgen. Wir halten es aber für dringend erforderlich, dass im Gesetz eine Nachbesserung dergestalt geschieht, dass die Aufgaben, die die einzelnen sozialen Sicherungsträger zu verfolgen haben, klarer von einander abgegrenzt werden. Insgesamt haben wir schon heute auf freiwilliger Ebene durch unsere Kooperationsvorhaben gute Erfahrungen, insbesondere im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung, aber auch darüber hinaus. Man muss aber definieren und abgrenzen;

das ist das Problem der Abschottung, das ich eben bereits nannte. Es fehlt noch eine Definition, was die einzelnen zu verfolgen haben.

SV Dr. Axel Reimann (VDR): Ich kann mich der grundsätzlichen Einschätzung von Herrn Stuppardt anschließen, was die Kooperation anbelangt. Auch wir halten die Regelung zur koordinierten Leistungserbringung in der jetzt vorgesehenen Fassung insofern nicht für ausreichend, als im Gesetzentwurf die Zuständigkeitsbereiche der einzelnen Träger nicht klar genug von einander abgegrenzt sind. Hier sind klarere Abgrenzungskriterien für die Verantwortungsbereiche der Träger erforderlich.

So ist bei der Rentenversicherung z. B. die Klarstellung erforderlich, dass der Bezug zur Gefährdung der Erwerbsfähigkeit deutlich hervorgehoben wird, denn dies ist der Leistungsbereich für den die Rentenversicherung zuständig ist. Die Betonung der Einheitlichkeit der Leistungserbringung ist im Hinblick darauf kontraproduktiv. Insofern sollten in den von den Trägern abzuschließenden Vereinbarungen viel mehr die Zuständigkeit, der Gegenstand und die Ausführung der Leistung festgelegt werden. Die Rentenversicherung sollte darüber hinaus, wie ich es Eingangs schon sagte, die Möglichkeit haben, ihren Leistungsbereich im Rahmen von Richtlinien konkreter festzulegen.

SV Dr. Edlyn Höller (Bundesverband der Unfallkassen/Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften/Bundesverband der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften): Ich kann mich meinen Vorrednern anschließen: Wir haben bisher bereits sehr sinnvolle und viele Kooperationen. Auch wir halten jedoch eine noch bessere Zusammenarbeit für erforderlich und sinnvoll.

Wir müssen allerdings darauf hinweisen, dass die Abgrenzungen in Bezug auf die Prävention in Lebenswelten, wie sie derzeit formuliert sind, nicht hinreichend deutlich machen, dass wir als Unfallversicherungsträger natürlich eine spezielle Kompetenz im Bereich der Lebenswelt Betrieb haben und auch auf Grund unserer Finanzierung auf diesen Bereich beschränkt sein müssen. Hier kann eine Kooperation mit den Krankenkassen – vor allen Dingen im Bereich der erhöhten arbeitsbedingten Gesundheitsgefahr – besonders sinnvoll sein. Wir

haben bereits über 400 Kooperationen in diesem Bereich.

Wir können im Bereich der Schule natürlich auch als Bundesverband der Unfallkassen präventive Maßnahmen durchführen. Wir können aber nicht präventive Maßnahmen in Sportvereinen oder ähnlichem durchführen, weil wir dafür nicht die Kompetenz und aufgrund der Finanzierung allein durch die Arbeitgeber dafür auch keine Zuständigkeit haben.

Abg. Detlef Parr (FDP): Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Nach dem bisherigen Verlauf der Anhörung drängt sich uns die grundsätzliche Frage auf, ob Sie den Gesetzentwurf in dieser Form weiterhin für sinnvoll halten und glauben, dass er mit der Verfassung im Einklang gebracht werden kann? Wäre es nicht angebracht, ähnlich wie in unserem Antrag nach Alternativen zu suchen?

SV Rolf Stuppardt (IKK-Bundesverband): Ich habe bei meiner ersten Frage bereits angesprochen, dass wir bezogen auf diesen Gesetzentwurf eine umfassende Stellungnahme in Richtung Klarstellungs- und Ergänzungsbedarf bedarf abgegeben haben. Es kann auch einiges in diesem Gesetz gestrichen werden, weil es letztendlich verfassungsrechtlich nicht trägt. Dafür haben wir das Gutachten in Auftrag gegeben. Wir brauchen eine gründliche Überarbeitung, was bestimmte Fragestellungen betrifft, z. B. den Stiftungsrat und die Ziele. Wir sind der Auffassung, dass wir ein tragendes Gesetz brauchen. Es muss vernünftig überarbeitet werden. Dann glauben wir, eine tragbare Grundlage zu haben, um mit denjenigen, die im gesellschaftspolitischen Umfeld für Prävention zuständig sind, Prävention gemeinsam und erfolgreich weiter nach vorne zu bringen. Davon ist dieser Entwurf aber noch deutlich entfernt. Von daher habe ich bereits darauf hingewiesen, dass es aus unserer Sicht mindestens sieben verfassungsrechtliche Punkte sind, die der Überarbeitung bedürfen.

SVe Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Es ist in vorherigen Ausführungen schon deutlich geworden, dass wir das Ziel unterstützen, die Prävention zu stärken, und dass wir in der Vergangenheit bereits konstruktiv mitgearbeitet haben. Wir haben auch eigene Vorschläge

entwickelt, wie wir die übergreifende Förderung der Gesundheitspräventionsmaßnahmen durch die GKV unter Einbeziehung der anderen Sozialversicherungsträger stärken können.

Es ist schon mehrfach dargestellt worden, dass wir einige Probleme in diesem Gesetzentwurf sehen. Problematisch ist vor allen Dingen ein Punkt, der schon mehrfach angesprochen worden ist, nämlich die Frage der Verschiebepunkte. Wir befürchten, dass sich Länder und Bund aus der Finanzierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen zurückziehen und auf die Gelder der GKV oder der anderen Sozialversicherungszweige zurückgreifen. Hier haben wir in der Vergangenheit gefordert, dass sich die Gebietskörperschaften zu ihren Verpflichtungen bekennen. Nach wie vor sind wir gemeinsam der Auffassung, dass es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt und alle Beteiligten ihren Anteil einbringen müssen. Wir wollen verhindern, dass hier Versicherungsgelder für gesamtgesellschaftliche Aufgaben verwendet werden.

Zu den verfassungsrechtlichen Fragen ist schon einiges gesagt worden. Wir sehen zudem in vielen vorgesehenen Regelungen erheblichen bürokratischen Aufwand bei der Abstimmung. Wir haben aber ein großes Interesse daran, dass eine Zielorientierung stattfindet. Diese muss aber verbindlich für alle gelten, denn es macht wenig Sinn mit großem Aufwand Ziele abzustimmen, die auf anderen Ebenen nicht gültig sind. Insofern sehen wir hier auch die Notwendigkeit, dies verbindlich für alle zu regeln.

Abg. **Detlef Parr** (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an die KBV, einen Vertreter der Zahnärzteschaft und die Bundespsychotherapeutenkammer: Sollte ein solches tragendes Gesetz entstehen, ist zur Gestaltung und Umsetzung von Präventionszielen die Einbindung der Ärzte und Zahnärzteschaft sowie der Psychotherapeuten als unmittelbares Bindeglied zu den Patienten unverzichtbar. Wird dieser Rolle ausreichend Rechnung getragen oder gibt es gegebenenfalls Nachbesserungsbedarf?

SV **Dr. Paul Rheinberger** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Von Seiten der KBV begrüßen wir ausdrücklich die Zielsetzung, die Prävention zu stärken. Wir sind aber ausdrücklich der Ansicht, dass wir dort einbe-

zogen werden möchten. Dies betrifft einerseits die Definition der Ziele und Teilziele, die durch die Stiftung Prävention vorgenommen werden soll. Wir hätten das Anliegen, dass wir unmittelbar als Mitglied im Kuratorium verankert werden. Auch bei der Umsetzung der Programme sollte die Kassenärzteschaft andererseits besser einbezogen werden.

SV **Dr. Dr. Jürgen Weitkamp** (Bundeszahnärztekammer (BZÄK)): Es ist inzwischen bekannt, dass der zahnärztliche Berufsstand eine Erfolgsstory aufweisen kann, wenn es um Prävention geht. Die Werte unserer 12-jährigen Kinder sind beispielgebend für alles, was mit Primärprävention zu tun hat. Über das SGB V verankert haben wir darüber hinaus seit zehn Jahren ein Idealbeispiel wirklich ideologieübergreifender Zusammenarbeit von Zahnärzteschaft, Krankenkassen, Öffentlichem Gesundheitsdienst und Kommunen umgesetzt, das eigentlich Vorbildcharakter haben sollte. Wir konnten innerhalb der letzten zehn Jahre 60 bis 80 % aller Kinder und Jugendlichen gruppenprophylaktisch betreuen. Wir haben das in Inanspruchnahmeverhalten der Individualprophylaxe-Berechtigten von 8 auf 42 % steigern können. Die Erfolge sind abzulesen und wissenschaftlich abgesichert.

Hinsichtlich der Konstruktion dieses Gesetzes haben wir große Zweifel, ob es in dieser Form den ganz großen Durchbruch bringen wird. Ohne jetzt direkt dazu Stellung zu nehmen, möchten wir aber darauf hinweisen, dass es nicht ausreicht, dass in § 12 Abs. 1 oberflächlich und allgemein vom medizinischen Sachverstand gesprochen wird, der einzubeziehen ist. In dem Fall ist wohl medizinischer und zahnmedizinischer Sachverstand gemeint. Wir fühlen uns ein wenig desavouiert, weil in § 11 bei den Zielen und Aufgabenstellungen der Primärprävention die Ärzte und Zahnärzte nicht einmal erwähnt worden sind und wir in der Stiftung und im Stiftungskuratorium nicht einmal als ordentliches Mitglied aufgeführt worden sind, obwohl wir uns als Gründungsmitglied des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung auf allen Gebieten der Prävention, nicht nur der Primärprävention, engagieren. Wenn ein Gesetz und eine Stiftung Sinn machen sollen, müssen auch diejenigen beteiligt sein, die bereits Erfahrungen und nachweisliche Erfolge auf dem Gebiet der Prävention erzielt haben.

SV Detlev Kommer (BpTK): Ein gesundheitswissenschaftlich tragfähiges Konzept der Prävention hat einen Gesundheitsbegriff, der biologische, psychologische und soziale Dimensionen umfasst. Vor diesem Hintergrund halten wir es für eine Selbstverständlichkeit, dass die akademischen Heilberufe, die dieses Präventionswissen sowohl in persona als auch im Kollektiv repräsentieren, maßgeblich an der Definition von Präventionszielen und deren konkreten Umsetzung vor Ort zu beteiligen. Insofern fordern wir selbstverständlich auch die Beteiligung der Bundespsychotherapeutenkammer im Kuratorium, bei der Festsetzung von Präventionszielen, aber auch bei der Früherkennung und Frühintervention im Bereich psychischer Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Abg. Dr. Heinrich L. Kolb (FDP): Meine Frage geht an VDR und BfA: Sie haben in Ihrer Stellungnahme ausgeführt, dass Sie die Beitragssatzneutralität des Präventionsgesetzes nicht gewährleistet sehen. Können Sie näher ausführen, wie Sie die Wirkungszusammenhänge sehen, und die Wirkungen quantifizieren?

SV Dr. Axel Reimann (VDR): Im Gegensatz zu den anderen beteiligten Sozialversicherungszweigen handelt es sich für die Rentenversicherung bei den primärpräventiven Leistungen im Wesentlichen um zusätzliche Leistungen, denen kurz und mittelfristig keine entsprechenden Einsparungen gegenüber stehen. Deshalb führt eine solche Zweckbindung der Mittel, so wie das Gesetz angelegt ist, zwangsläufig zu Leistungseinschränkungen im Bereich der Rehabilitation. Insofern bedeutet die Mehrbelastung von 40 Mio. Euro, die für die Rentenversicherung bei unveränderten Reha-Budgets vorgesehen ist, dass ca. 13.000 medizinische Rehabilitationsleistungen nicht mehr erbracht werden können. Das bedeutet wiederum ca. 900 Plätze in Reha-Einrichtungen die nicht in Anspruch genommen werden können – mit allen Folgen für die entsprechenden Strukturen.

Darüber hinaus möchte ich darauf hinweisen, dass die aktuell rückläufigen Aufwendungen für Rehabilitation hier nicht als Gegenargument angeführt werden können, weil wir keinen generell rückläufigen Reha-Bedarf sehen.

Vielmehr glauben wir, dass die aktuelle Situation, insbesondere vor dem Hintergrund der Sorge um den Verlust des Arbeitsplatzes, die Anträge offenbar niedriger ausfallen lässt bzw. dadurch Verschiebungen in der Antragsstellung eintreten. Wir gehen davon aus, dass in absehbarer Zeit wieder eine Zunahme stattfinden wird und insbesondere der Bedarf an Rehabilitationsleistungen – und damit auch an sekundärer und tertiärer Prävention infolge der demografischen Entwicklung, der angestrebten Verlängerung der Lebensarbeitszeit und der zunehmenden Chronifizierung von Krankheiten zunehmen wird.

Im Übrigen darf ich auf die zusätzliche Ausgabensteigerung im Bereich Rehabilitation durch die Neuregelung im vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen hinweisen: Hier ist der Kreis der Anspruchsberechtigten für die Rentenversicherung deutlich ausgeweitet worden, ohne dass das Reha-Budget für die Rentenversicherung angehoben wurde. Wir rechnen hier bereits mit zusätzlichen Ausgaben in der Größenordnung von 100 Mio. Euro, allein im Bereich der medizinischen Rehaleistung. Hinzu kommen noch Aufwendungen im Bereich der beruflichen Rehabilitation.

SV Thomas Keck (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)): Dem kann ich mich nahtlos anschließen.

Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP): Meine Frage geht an den Paritätischen Wohlfahrtsverband und die Spitzenverbände der Krankenkassen: Wie hoch schätzen Sie den Verwaltungsaufwand – dabei meine ich auch den personellen Aufwand für die Stiftung – im Verhältnis zum Nutzen für einen sinnvollen Ausbau der Prävention? Welche konkreten Verbesserungsvorschläge haben Sie, um Reibungsverluste durch bürokratische Abstimmungs- und Koordinierungsregelungen zu vermeiden?

SV Klaus Heß (DPWV): Wir halten den Aufwand im Verwaltungsbereich für ziemlich hoch, weil Gremien entsprechend organisiert werden müssen. Das ist sehr problematisch, zumal durch den Verwaltungsaufwand Mittel abgezogen werden, die letztendlich der konkreten Präventionsarbeit vor Ort fehlen.

SV **Michael Weller** (Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK-Bundesverband)): Die Bürokratie wird zwei Ebenen umfassen, einmal die Stiftungsebene und zum anderen den bürokratischen Aufwand bei der Projektabwicklung. Auf der Stiftungsebene zwingt das Präventionsgesetz die Kassen, erhebliche finanzielle Mittel für den Aufbau der bürokratischen Strukturen zur Verfügung zu stellen. Man kann nur empfehlen das zu lösen, indem möglichst wenig personeller Aufwand betrieben wird und möglichst wenig Personalstellen zu finanzieren sind.

Auch bei der Entscheidung über die Projektabwicklung ist der Bürokratieaufwand erheblich, weil der Abstimmungsbedarf groß wird. Wir könnten uns vorstellen, dass die Setting-Träger ihren Antrag auf Fördermittel bei einem der sozialen Präventionsträger vor Ort einreichen und die dortigen Fachkräfte, die diese Maßnahmen bereits heute durchführen und Managementaufgaben übernehmen, die generelle Förderfähigkeit des eingereichten Projekts prüfen und nur noch die förderfähigen Projektanträge in punkto der Höhe und hinsichtlich der Frage, ob auch tatsächlich gefördert wird, vom Entscheidungsgremium auf Landesebene überprüft wird.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich möchte eine Frage stellen an das Gesunde Städte-Netzwerk: Wie wird sichergestellt, dass sich Präventionsprojekte vor Ort auch zukünftig an örtlichen Gegebenheiten und Strukturen orientieren und dafür auch entsprechende finanzielle Mittel zur Durchführung dieser Projekte zur Verfügung stehen?

SVe **Dr. Agnes Klein** (Gesunde Städte-Netzwerk)): Frau Robbers hat bereits deutlich gemacht, dass die Kommunen über ein Höchstmaß an Infrastruktur verfügen. Wir haben Schulen, Kindergärten, Kontakte zu Sportvereinen und verschiedenen Institutionen, so dass wir eine ganze Menge Infrastruktur bieten können. Wir haben den Öffentlichen Gesundheitsdienst, der über Schuleingangsuntersuchungen und über die Arbeit in Kindergärten sehr viel zuarbeiten können. Wir als Kommunen bieten uns hier aktiv zu einer Kooperation an und glauben, dass wir hier mit dem Präventionsgesetz eine Menge mit auf den Weg bringen können.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich stelle die gleiche Frage an den Deutschen Städtetag, weil mich insbesondere die Frage interessiert, ob wir weiterhin auch auf Seiten der Kommunen entsprechende finanzielle Mittel zur Durchführung der Projekte erwarten können oder ob es da möglicherweise durch das Präventionsgesetz einen anderen Trend geben könnte?

SVe **Ingrid Robbers** (Deutscher Städtetag): Im Gespräch mit den Krankenkassen wird immer wieder vorgebracht, dass sich die Kommunen oder der Öffentliche Gesundheitsdienst entlasten würden, wenn sie Mittel einbringen. Ich sehe hier keinerlei Gefahr: Jeder hat Zuständigkeiten, und wir haben festgestellt, dass Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Die Kassen haben dabei im Rahmen der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung ebenso wie die Öffentlichen Gebietskörperschaften eine Aufgabe. Es geht hier darum – und so verstehe ich auch den Ansatz des Gesetzes bzw. nur so hat er auch Sinn –, dass die Öffentlichen Gebietskörperschaften und die Krankenkassen zusammenarbeiten.

Wir kritisieren, dass die Kassen bislang ihre Verpflichtungen nach §§ 20 und 21 nie voll ausgeschöpft haben. Wir sehen den ersten Schritt darin, dass die Kassen jetzt tatsächlich veranlasst werden, die Mittel für Prävention auszugeben und nicht primär auf Kuration zu beschränken. Die Kommunen werden schon aus ihrer Aufgabenstellung heraus generell weiterhin Mittel für die Prävention einsetzen. Uns geht es darum, hier die Zusammenarbeit zu sichern. Es darf kein Nebeneinander bestehen, sondern die Kassen müssen tatsächlich – in Zusammenarbeit mit den Ländern und Kommunen – das für die Prävention einsetzen, was nach dem Gesetz vorgegeben ist.

Abg. **Eike Hovermann** (SPD): Das Kuriosum dieser Anhörung könnte darin bestehen, dass wir alle Prävention wollen, uns aber im Rahmen der Diskussion über die Instrumente derart streiten, dass Prävention hinterher nicht kommt. Das kann es nicht sein. Herr Professor Seewald hat sehr einleuchtend über organisatorisch-verfassungsrechtliche Probleme bei der Verteilung der Gelder oder bei den Zuständigkeiten gesprochen. Richtig ist, Herr Professor

Seewald, dass dies durchaus auch in der Länderkammer besprochen worden ist. Dort haben alle Länder gesagt, man könne es so machen. Ich will nicht darauf hinaus, dass es einen Gutachter gibt und zahllose andere, die dem widersprechen könnten. Die Kassen, Herr Stuppardt, haben sich aber darauf eingelassen. Meine Frage geht an Frau Dr. Pfeiffer und Herrn Stuppardt: Könnten Sie noch einmal sagen, wie Sie die Instrumentenfrage so mit der Zielfrage koppeln wollen, dass das erreicht wird, was Sie mit allen anderen wollen?

Ist es richtig und sind Sie damit einverstanden, dass auf Grund der Heterogenität der Interessen alle möglichen Gruppierungen mit hinein und ihre Interessen auch noch artikulieren wollen? Welches Problem wollen Sie möglicherweise in der Umsetzung gelöst haben? Je mehr heterogene Interessen dazu kommen, desto schwieriger könnte es mit der Realisierung des Zieles sein.

SVe Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV): Es ist hinreichend deutlich geworden, dass wir das Ziel Prävention unterstützen und die Notwendigkeit sehen, gemeinsam – auch übergreifend – tätig zu werden. Wir haben bereits im vergangenen Jahr den Vorschlag gemacht, eine GKV-Stiftung einzurichten. Damit haben wir die Bereitschaft gezeigt, in diesem Bereich eigene Mittel für übergreifende Maßnahmen, Setting-Maßnahmen, einzusetzen.

Wir haben in dem Zusammenhang auch die Frage der Zielfindung und -orientierung angesprochen: Es ist klar, dass man hier auch auf der Bundesebene eine Struktur braucht, in der solche Ziele gefunden werden müssen. Hier gibt es die Ansätze bei „gesundheitsziele.de“ im Forum. Diese müssen verbindlich gemacht werden für Maßnahmen, die auf Bundes- wie auch auf Landesebene durchgeführt werden. Wir hatten in unserem Vorschlag vorgesehen, dass die Stiftung solche lebensweltbezogenen Maßnahmen finanziert, die an die in der Stiftung vereinbarten Ziele angebunden sein müssen. Das gilt dann für Maßnahmen, die auf der Landes-/kommunalen Ebene stattfinden sollen. Wir haben also auch solche Maßnahmen vorgesehen, aber vorgesehen ist die Koppelung über die Finanzierung und die Anbindung an die Ziele.

Das hier viele Interessierte vorhanden sind, die ihren Sachverstand einbringen wollen und

sollen, ist nachvollziehbar. Deswegen ist auch ein Beirat vorgesehen, ein Kuratorium, wo verschiedene Interessen berücksichtigt werden können. Für uns und die anderen Sozialversicherungsträger ist an der Stelle entscheidend, dass es hier um Beitragsmittel der Versicherten der Sozialversicherung geht und die Entscheidungsbefugnis bei den Sozialversicherungszweigen bestehen bleiben muss. Es kann nicht angehen, dass andere über diese Finanzmittel entscheiden können. Dies ist ein ganz wesentlicher Punkt, der für uns in der jetzigen Konstruktion nicht sichergestellt ist, insbesondere, wenn es darum geht, nicht verausgabte Mittel an andere weiterzugeben. Von daher haben wir mit der jetzigen Regelung die bereits angeführten Probleme. Das heißt nicht, dass wir die grundsätzliche Zielsetzung nicht auch unterstützen, aber wir haben eben andere Vorstellungen davon, wie man diese Zielsetzung erreichen kann.

SV Rolf Stuppardt (IKK-Bundesverband): Was die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung – und die gesamte Sozialversicherung – verfolgen, ist sehr einfach überschaubar und stringent. Erstens geht es uns um gemeinsame, überall geltende Ziele und Werte. Zweitens geht es uns darum, dass diese Ziele, die damit verbundenen Maßnahmen, eine hohe Qualität haben. Wir wollen eine Ergebnisorientierung und die Investition in Prävention begreifen als eine Zusatzinvestition nach Ergebnisorientierung – etwas, das im Gesundheitswesen sowieso defizitär besetzt ist, wollen wir in der Prävention von Anfang an vernünftig machen. Wir wollen vernünftige Ergebnisse haben, und danach gibt es ergebnisorientiert auch mehr Investitionen und mehr Geld – nicht umgekehrt, etwa nach dem Motto „Hauptsache das Geld ist ausgegeben, aber ich weiß nicht wofür“. Das kann nicht unser Ziel sein.

Von daher ergibt sich unmittelbar aus unserer hoheitlichen Verantwortung gegenüber den Versichertengeldern, aus dem Treuhandauftrag, die Konsequenz, dass nur diejenigen entscheiden, die Geld einbringen, und niemand anders. Dies kann nicht verwischt und gemischt werden. Viele andere, die in Prävention oder in Teilausschnitten der Präventionspolitik Kompetenz haben, können gern beratend, begleitend, zielfindend usw. dabei sein, aber nicht mitentscheidend, wenn kein Geld gegeben wird; das geht nicht. Die Kette Ziele –

Qualität – Ergebnisorientierung – Finanzhoheit bei denjenigen, die tatsächlich die Mittel einbringen, und ansonsten Beratung ist eine Kette, die sich auch in diesem Gesetz sehr stringent abbilden muss.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Ich habe eine Frage an den Deutschen Frauenrat: Stellen die gesetzlichen Maßnahmen auch sicher, dass das neu geschaffene Präventionssystem die unterschiedliche Situation von Frauen und Männern in Deutschland entsprechend berücksichtigt?

Meine zweite Frage betrifft die betriebliche Gesundheitsförderung. Ich frage den Deutschen Gewerkschaftsbund, den BKK-Bundesverband und Herrn Professor Rosenbrock: Wir wissen, dass künftig ergänzend zur betrieblichen Gesundheitsförderung der Krankenversicherung auch betriebsbezogene Maßnahmen auf Landesebene und ergänzend oder modellhaft durch die Stiftung gefördert werden können. Wird diese Ergänzung einen Mehrwert in Bezug auf Betriebe, die sonst nicht erreichen würden, darstellen? Sind Sie auch der Meinung, dass insbesondere die Möglichkeit der Stiftung, künftig branchenbezogene und betriebsübergreifende Maßnahmen durchzuführen, eine angemessene Weiterentwicklung darstellt?

SVe Dr. Regine Rapp-Engels (Deutscher Frauenrat): Wir haben festgestellt, dass geschlechtsspezifische Aspekte erfreulicherweise mehrfach vorkommen und zwar im Sinne des geschlechtsdifferenzierten Blickwinkels auf Prävention. Unser Anliegen ist, dies in einer Präambel zu fixieren: Gender Mainstreaming, nach den unterschiedlichen Lebenslagen und Lebensbedingungen von Männern und Frauen zu sehen, ist eine Querschnittsaufgabe sollte insofern in einer Präambel fixiert und nicht immer wieder in den einzelnen Paragraphen erwähnt werden. Trotzdem ist es begrüßenswert, dass es vorkommt, z. B. was die Präventionsziele als ein wichtiges Thema angeht.

Ein zweites wichtiges Thema ist, dass die Qualitätssicherung nicht geschlechtsneutral erfolgen kann und die geschlechterdifferenzierte Sichtweise in allen Phasen des Qualitätsmanagements eingebracht wird.

SVe Dr. Ursula Engelen-Kefer (DGB): Wir sind der Auffassung, dass der inhaltliche Bereich der betrieblichen Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung als Teil der Präventionsstrategie gefördert werden muss. Dies wäre verstärkt als eine Verpflichtung in das Gesetz aufzunehmen. Es gibt bereits heute Ansätze einzelner Krankenkassen und eine Zusammenarbeit gesetzlicher Krankenkassen und der gesetzlichen Unfallversicherung. Diese Ansätze müssen aber dringend verstärkt und verbessert werden. Wir erwarten auch, dass über diese Form einer verbesserten Kooperation, die sozialversicherungsträger- und branchenübergreifend gemacht werden müsste, verbesserte Gesundheitsberichte als Grundlage für vernünftige Präventionsstrategien in einzelnen Branchen und Regionen die Folge sein könnten. Wir würden dies in jedem Fall unterstützen und stärken wollen.

SV Alfons Schröer (BKK-Bundesverband): Wir sind es inzwischen gewöhnt, dass wir uns immer als Schlusslicht betrachten, wenn wir Deutschland im internationalen Vergleich sehen. Wenn man die betriebliche Gesundheitsförderung betrachtet, ist das nicht der Fall. Deutschland ist hier im internationalen Vergleich in der Spitzengruppe. Das ist auch ein Verdienst der Krankenversicherung und der Unternehmen, die eng mit uns zusammenarbeiten. Es ist ein Ergebnis des viel gescholtenen Wettbewerbs. Wir treten dennoch dafür ein, die betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland zu verstärken und ihre starke Position zu erhalten.

Wir haben jedoch eine Reihe von Bedenken, ob es sinnvoll ist, dass man die Ebenen vermischt. Wir glauben, dass durch das wettbewerbliche Handeln der Krankenkassen zusammen mit Unternehmen, Betriebsräten, Gewerkschaften und Unfallversicherungsträgern auch so schon Vieles läuft und laufen wird. Was uns fehlt – das ist leider im Gesetzgebungsverfahren unter die Räder gekommen –, sind steuerliche Erleichterungen für Unternehmen. Das wäre hilfreicher gewesen, als eine Parallelstruktur zu schaffen, die möglicherweise auf Landesebene und auf Bundesebene gepoolte Mittel vorsieht. Wir vertreten die Position, dass die betriebliche Gesundheitsförderung im Wettbewerb gut gediehen ist und dort hingehört. Das heißt nicht, dass es keine Bereiche gibt, in denen es Innovationen geben kann, die gemeinsam von allen finanziert wer-

den können, oder dass es keine Bereiche gibt, die aus dem Wettbewerb alleine schlecht erreicht werden können. In diesen Bereichen kann man gemeinsam oder über Modellprojekte auf Stiftungsebene tätig werden. Aber wir glauben, dass der Spielraum für solche Aktivitäten relativ klein ist. Die betriebliche Gesundheitsförderung ist im Wettbewerb gut aufgehoben, und große Aktivitäten auf Landes- oder Bundesebene sind nicht erforderlich.

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock: Herrn Schröer ist vollkommen zuzustimmen: Soweit sich die betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland nicht auf Versuche der Verhaltensbeeinflussung reduziert, sondern als partizipative Organisationsentwicklung im Betrieb selbst als Gegenstand der Veränderung ist ein in Deutschland erfundenes und weltweit führendes Erfolgsmodell. Es kommt bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes zum einen darauf an, den – bezogen auf die 3,5 Millionen Betriebe, die wir in Deutschland haben – geringen Verbreitungsgrad dieses Ansatzes in der betrieblichen Welt anzugehen. Zum andern geht es um die Übertragung dieses Modells auf andere Settings und andere Lebenswelten, wie z. B. Schule, Kindertagesstätte, Stadtteile. Im derzeitigen Gesetzentwurf kommt betriebliche Gesundheitsförderung auf allen drei Ebenen vor. Sie kann als Modellversuch von der Bundesstiftung bewirkt werden, auf Landesebene von den Entscheidungsgremien in Gang gesetzt werden und auch als Teil der von den Sozialversicherungsträgern betriebenen Individualprävention gemacht werden.

Der Wettbewerb, der in der Tat bislang nicht schädlich war, hat aber dazu geführt, dass die betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen bislang real nicht verankert ist. Die Mittel des Wettbewerbs sind da schon an ihre Grenzen gekommen. Ich erhoffe mir viel, vor allen Dingen von nationalen oder auch länderbezogenen Kampagnen, die sich auf bestimmte Branchen und insbesondere auf bestimmte Betriebsgrößen – hier wiederum insbesondere auf kleine und Mittelunternehmen – beziehen. Wir dürfen nie vergessen, dass über die Hälfte der 38,5 Millionen abhängig Beschäftigten in Deutschland in Betrieben mit weniger als 50 Beschäftigten arbeiten, die bislang von diesem Erfolgsmodell nicht erreicht worden sind.

Abg. **Horst Schmidbauer** (Nürnberg) (SPD): Meine Frage richtet sich an Prof. Rosenbrock: Sie haben im Sachverständigenrat gefordert, dass wir eine Zielorientierung im deutschen Gesundheitswesen erreichen müssen. Ist die vorgesehene Form der Zielbildung die geeignete Grundlage, um diese Zielorientierung im Gesundheitswesen zu erreichen? In welcher Weise wird sich diese Zielorientierung auf die Effizienz des Gesundheitswesens und auf die Gesundheit der Versicherten auswirken?

Meine zweite Frage beschäftigt sich mit der Gesundheitsberichterstattung: Sind die Daten, die das Robert-Koch-Institut in Zukunft liefern wird, als wissenschaftliche Grundlage für die Erarbeitung und Überprüfung der Präventionsziele geeignet? Können aus diesen Daten Veränderungen oder Verbesserungen des von Ihnen angesprochenen Problems der Ungleichheit von Menschen im Gesundheitswesen abgeleitet werden? Sind die Daten dafür ein geeignetes Instrument oder bräuchten wir für diese Frage andere Punkte der Gesundheitsberichterstattung?

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock: Ich fange mit der Gesundheitsberichterstattung an: Da ist in den letzten 10 bis 15 Jahren seit der berühmten Enquete-Kommission zur Strukturreform der GKV, die das ganz energisch gefordert hat, in Deutschland viel passiert. Das Robert-Koch-Institut hat hier erheblich aufgerüstet. Aus gesundheitspolitischer wie gesundheitswissenschaftlicher Sicht ist das Vorliegen von und die regelmäßige Pflicht zur Berichterstattung ein Wert per se, weil es öffentliche Aufmerksamkeit stiftet, Verbindlichkeiten und klare empirische Grundlagen in die Diskussion bringt. Gesundheitsberichte dienen – und dienen auch in anderen Ländern – als Mittel der Zielfindung. Sie sind ein Suchraster, um Bevölkerungsgruppen und Gesundheitsrisiken zu identifizieren, auf die sich Ziele ausrichten können. Gesundheitsberichte sind in der Folge auch wichtig, um überhaupt messbare Ziele zu definieren. Kollege Mielck hat bereits auf die Notwendigkeit quantifizierter Zieldefinitionen hingewiesen: Ohne eine solide Gesundheitsberichterstattung erreicht man das nicht. Die Berichte haben schließlich auch die Funktion, die Zielerreichung quantitativ abzubilden und damit ein Erfolgsmaßstab zu sein. Ich finde daher, die Zielorientierung ist eines der ganz wesentlichen positiven und unverzichtbaren Elemente des vorliegenden Gesetzentwurfes.

Ich würde mir allerdings eine größere Verbindlichkeit der Ziele im Hinblick auf die drei Ebenen Stiftung, Länder und Sozialversicherungen wünschen. Die Länder dürfen nach regionalen Besonderheiten andere zusätzliche Ziele verfolgen. Die Sozialversicherungsträger dürfen mit Einverständnis des Entscheidungsgremiums andere Dinge machen, als in den Zielen enthalten. Von daher hätte ich mir gewünscht, dass die Ziele nicht nur Empfehlungen der Stiftung sind, sondern verbindlich vorgegeben werden und weder auf Landes-, noch auf Sozialversicherungsträgerebene davon abgewichen werden darf. Hier sehe ich einen Mangel an Verbindlichkeit, aber die Grundausrichtung an berichtsgestützten Zielen halte ich für wichtig und positiv.

Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Meine Frage richtet sich an die Kommunalen Spitzenverbände und an die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung: Mir liegt besonders die Kooperation der Präventionspartner auf kommunaler Ebene am Herzen. Wie wollen beide Seiten sicherstellen, dass wichtige Funktionen, die jetzt schon von den Kommunen wahrgenommen werden, wie z. B. die Prävention im Bereich der Kinder und Jugendlichen, durch die Gesundheitsämter, die Suchtkrankenhilfe, die Prävention von Infektionskrankheiten, die Arbeit für Behinderte, die Jugendzahnpflege, weiterhin nicht nur erhalten, sondern gestärkt werden? Wie soll das gemeinsam mit den Trägern der Sozialversicherung geschehen?

An die Spitzenverbände der Sozialversicherung richtet sich ergänzend die Frage: Wie wollen Sie sicherstellen, dass gerade die Versicherten mit hohem Risiko, die mit der jetzigen Angebotsstruktur nicht erreicht werden, von den Kommunen aber sehr wohl erreicht werden, auch in den Genuss Ihrer Prävention kommen? Wie wollen Sie hier die Kooperation auf kommunaler Ebene gestalten?

SVe Dr. Irene Vorholz (Deutscher Landkreistag): Für die Umsetzung in der Praxis ist es wichtig, klare Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten zu haben, damit nicht am Ende eine kollektive Unverantwortlichkeit entsteht. Es ist wichtig, die einzelnen Partner, die in Betracht kommen, mit klaren Zuständigkeiten auszustatten. Auf der kommunalen Ebene ha-

ben wir klare Zuständigkeiten, sowohl in der Sozialhilfe als auch in der Jugendhilfe, im ÖGD und in den Bereichen, die Sie angesprochen hatten. Deswegen sprechen wir uns auch für eine entsprechende Einbindung des ÖGD aus, damit im Rahmen der unterschiedlichen Kompetenzen, die durch die jeweiligen Partner – Sozialversicherungsträger, Ärzte oder andere Partner – ergänzt werden, damit eine Abstimmung und Kooperation untereinander erfolgen kann. Wichtig ist dabei der „top down“-Ansatz, also die entsprechende Verabredung vor Ort.

Sofern Sie noch einmal darauf angespielt haben, dass Sie befürchten, dass ein finanzieller Rückzug der kommunalen Ebene erfolgen könnte, kann ich das wieder nur zurückweisen. Die entsprechenden Vorgaben im SGB VIII, im SGB XII oder im SGB IX werden nicht verändert. Ein Rückzug wird daher nicht erfolgen. Ob darüber hinaus mehr erforderlich ist, wird sich an der kommunalen Finanzsituation bemessen lassen müssen – wie die aussieht, ist allgemein bekannt.

SV Rolf Stuppardt (IKK-Bundesverband): Ich beziehe mich auf die Erfahrungen, die wir in den letzten Jahren in diesen Bereichen gemacht haben. Das ist in der von Dr. Pick angesprochenen Dokumentation niedergelegt, bei der wir zwischen den individuellen, Settingbezogenen und betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen unterscheiden. Da können wir feststellen, dass wir die größten Zuwachsraten an Erreichbarkeit der Betroffenen haben, wenn wir in kommunalen Bereichen in Settings gehen. Das gibt Hoffnung, dass man dort wesentlich erfolgreicher als in der Vergangenheit sein wird, wenn man das gemeinsam weiter verfolgt.

Nun muss man klar sagen, dass in dem nichtbetrieblichen Setting-Ansatz die größten Defizite der Vergangenheit gesteckt haben. Die letzten Dokumentationszahlen, wo wir einen Anstieg des Gesamtanteils von erreichten Personen der GKV-Versicherten von 2,1 % auf 2,6 % haben, sind im Grunde genommen positiv. Positiv sind auch Ansätze, die es schon gibt. Für diese Frage brauchen wir das Präventionsgesetz nicht: Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen zielen auf das ab, was hier gefragt worden ist, und haben eine starke Ausrichtung auf die kommunalen und regionalen Problemzusammenhänge. Ich bin zuver-

sichtlich, dass diese Frage von den Beteiligten auf den richtigen Weg gebracht wird.

Für mich ist allerdings offen, in wie weit abhängig von den Ergebnissen die wir erzielen, auch die Beteiligten die Zusatzinvestitionserfordernisse gleichermaßen einbringen. Es kann nicht erwartet werden, dass dies ausschließlich von den Krankenversicherungen oder den Sozialversicherungen kommt. Hier müssen Länder und Kommunen auch ihren nachweislichen und berichteten Anteil einbringen.

Abg. **Peter Dreßen** (SPD): Ich habe eine Frage an den Verband der privaten Krankenversicherungen: Es ist gesetzlich nicht möglich, die privat Krankenversicherten an der Finanzierung des Präventionssystems zu beteiligen. Gleichwohl werden Privatversicherte vom Präventionsgesetz profitieren – oder wollen Sie sie davon ausschließen? Eine Beteiligung analog zu den Mitgliedszahlen der PKV würde für die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung einen Betrag von jährlich 3,6 Mio. Euro und von lebensweltbezogene Maßnahmen auf Landesebene von 7,9 Mio. Euro bedeuten. Ist die PKV bereit, dieses Ungleichgewicht zwischen Finanzierung und Nutzen zu beseitigen, um sich nicht der Gefahr von Trittbrettfahrerei auszusetzen und sich im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen freiwilligen Beteiligung mit Mitteln auf Landes- und Bundesebene an der Finanzierung des Präventionssystems zu beteiligen?

An Professor Rosenbrock habe ich die Bitte, einen kurzen Kommentar zur Stellungnahme der PKV abzugeben.

SV **Christian Weber** (Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV)): Der Kern der Frage ist insofern richtig, als die PKV durch den Gesetzgeber nicht gezwungen werden kann, in das Gesetz einbezogen zu werden. Dies liegt nicht nur an dem Verhältnis des Gesetzgebers zur PKV, sondern auch am Verhältnis der PKV-Unternehmen zu ihren Versicherten. Der versicherte Leistungsumfang ist in der PKV anders als in der GKV nicht durch Gesetz und nicht einseitig durch die Versicherungsunternehmen bestimmt, sondern durch Vertrag. Was im Vertrag steht, kann geleistet und nicht nachträglich aufgestockt werden. Das heißt im Klartext: Wir können keine Beitragsmittel verwenden, um hier mehr zu tun.

Das heißt nicht, dass wir Prävention nicht als eine wichtige gesellschaftspolitische Aufgabe ansehen. Wir haben in unseren Tarifen Leistungen insbesondere in der Sekundär- und Tertiärprävention enthalten. Aber bei der Primärprävention ist der Weg ein Stück weit versperrt. Dabei muss ich sagen: Primärprävention hat etwas mit Eigenverantwortung und individueller Lebensgestaltung zu tun. Hier weise ich darauf hin, dass wir typische PKV-Instrumente haben, die an dieser Stelle etwas leisten: Ich erinnere an Selbstbehalte und Beitragsrückgewähr. Auch das hat etwas mit Eigenverantwortung und individueller Gesundheitsführung zu tun.

Wenn ich bei der Primärprävention ein Stück darüber hinausgehe, sind es in der Regel keine individuell zurechenbaren Leistungen, sondern Leistungen, die sich an Kollektive, an große Gruppen, an die Gesamtgesellschaft richten – wie das auch immer im Einzelnen definiert wird. Es sind versicherungstechnisch keine Risiken. Wenn ich das richtig gesehen habe, habe ich eigentlich niemanden gehört, der heute gesagt hat, diese Leistungen sollten zwingend aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert werden. Ich habe vielmehr überall gehört, dass es die eigentlich vernünftige Lösung wäre, dies aus öffentlichen Geldern zu finanzieren. Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Hier einen anderen Weg zu gehen, ist in der Tat ein schwerer ordnungspolitischer Fehler und – wie wir heute gelernt haben – sogar ein verfassungsrechtliches Problem. Damit muss man sich auseinandersetzen.

Gleichwohl sage ich für die PKV: Wenn es einen gesamtgesellschaftlichen Konsens gibt, dass mehr in der Primärprävention getan werden muss, werden auch wir uns dieser Verantwortung nicht entziehen. Für uns ist aus klar nachvollziehbaren Gründen keine Lösung darin zu finden, in eine Stiftung einbezogen zu werden. Ich bin erstens der Meinung, dass die Stiftung in ihrem Aufbau mindestens unter dem Verdacht der Bürokratielastigkeit steht. Ich bin zweitens der Auffassung, dass man ungern einzahlt, wenn man anschließend stimmenmäßig von anderen majorisiert wird. Auch andere Träger haben Ansprüche auf Kompetenzen geltend gemacht, wenn sie zahlen.

Wir sind aber bereit anzuerkennen, dass etwas in der Primärprävention geschehen muss. Die

Bedarfe der Primärprävention sind theoretisch unendlich. Es ist deshalb dringend erforderlich, dass man Mittel konzentriert und sich bestimmte Problempunkte herausgreift. Das tun wir im Bereich der AIDS-Prävention. Hier sehen wir dringenden Handlungsbedarf, weil es ein Problembereich ist, der in der Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit langsam nachlässt. Das ist gefährlich. Wir sehen in den letzten Jahren steigende Neuinfektionsraten, mit denen man sich auseinander setzen muss. Es ist auch ein besonderes PKV-Problem, weil nach den Statistiken 25 % der Neuinfizierten PKV-Versicherte sind. Wir sind bereit, etwas im Bereich der Primärprävention zu tun und hierfür 3,5 Mio. Euro bereitzustellen, wovon 3,4 Mio. Euro für den Bereich der Primärprävention im Bereich AIDS an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung fließen. Ich bin der Meinung, dass dies hervorragend verwendetes Geld ist, weil ich keine Maßnahme der Primärprävention kenne, die ähnlich effizient und ähnlich wenig bürokratielastig ist. Von daher bin ich der Meinung, dass es ein großer Beitrag in die richtige Richtung ist.

Ein letzter Satz zu den Zahlen: Die Zahlen, die Sie hinsichtlich der Frage, was Sie sich von der PKV wünschen, zitiert haben, kann ich rechnerisch nicht nachvollziehen. Ich vermute, dass Sie möglicherweise nicht berücksichtigt haben, dass die PKV auch Beihilfeberechtigte versichert hat, die bei uns im Schnitt nur zu 40 % versichert sind. Hier fehlt ein 60 %-iger Finanzierungsanteil des Staates, wenn man so rechnet. Auch damit muss man sich auseinandersetzen.

Im Übrigen fließen die zugesagten 3,5 Mio. Euro ab dem ersten Jahr; wir bauen nicht erst bis 2008 auf, sondern fangen mit unserem Engagement sofort an. Ich bitte um Nachsicht, dass wir im Bereich Lebenswelten ein Stück zurückhaltender sind und dies auch sein müssen. Eine Pauschalfinanzierungszusage können und wollen wir nicht leisten. Wir wollen uns aber einzelne Maßnahmen sorgfältig ansehen, prüfen und dann nach unseren rechtlichen und finanziellen Möglichkeiten über eine Beteiligung entscheiden.

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock: Der erste Teil des Statements klang so, als wolle sich die PKV weiter wie üblich verhalten und im Hinblick auf Strukturentwicklung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Trittbrettfahrer

bleiben, wie wir das seit vielen Jahrzehnten nicht anders gewöhnt sind. Im zweiten Teil des Statements klang es schon etwas anders: Wenn es einen gesamtgesellschaftlichen Konsens gibt, kann die PKV in diesen hineingehen. Das stand etwas im Widerspruch dazu, dass es aufgrund der Verträge mit den Versicherten nicht möglich sein soll. Ich teile jedoch die Auffassung, dass es möglich ist, und habe mich diesbezüglich auch juristisch informiert. Ich glaube nicht, dass es einen Hinderungsgrund gäbe, einen Vertreter der PKV in den Stiftungsrat oder ins Kuratorium aufzunehmen, wenn die PKV tatsächlich den entsprechenden finanziellen Anteil einbringt, der zwischen 15 und 18 Mio. Euro liegen sollte.

Ich glaube nicht, dass sie sich der Problematik durch eine „Ablasszahlung“ für die AIDS-Prävention entziehen kann. Das ist ein sehr öffentlichkeitswirksames Thema, wenn auch nicht mehr so wie früher. Ich halte viel von AIDS-Prävention, bin aber bei diesem Thema nicht so korrumpierbar, dass ich mit der Zahlung von 3,4 Mio. Euro an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die soziale Verpflichtung der privaten Krankenversicherung für abgegolten halte. Ich möchte dringend appellieren: Nehmen Sie zur Kenntnis, dass es den gesamtgesellschaftlichen Konsens zur Primärprävention gibt. Das hören Sie auch hier bei dieser Anhörung in allen Statements. Sie befinden sich also ganz im Mainstream, wenn Sie sich diesem Konsens anschließen. Es gibt aus meiner Sicht nur eine Möglichkeit, die das Stiftungsgesetz auch offen lässt, nämlich mit 15 bis 20 Mio. Euro einzutreten. Sie würden in den Gremien mit offenen Armen als Mitentscheider aufgenommen.

Abg. Dr. Erika Ober (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer, den IKK-Bundesverband und den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände: Wir haben in Deutschland eine bekanntermaßen niedrige Impfquote. Wir haben jetzt hier ein Präventionsgesetz in dem es um Primärprävention geht. Wie könnten Sie sich vorstellen, dass die Impfquote gesteigert werden könnte?

SV Dr. Wilfried Kunstmann (BÄK): Wir wissen, dass wir gerade im Bereich des Impfens sehr heterogene Regelungen haben. Man müsste hier zu bundeseinheitlichen Regelungen und einer vernünftigen Finanzierung

kommen. Die Frage stellt sich letztlich aber auch bei der Formulierung der Präventionsziele, die erst über die Stiftung definiert werden sollen. Ich fände es wichtig, dass dieses Thema dort hoch angesiedelt wird. Auch deshalb müsste dort eine intensive Beteiligung der Ärzteschaft erfolgen.

SV Rolf Stuppardt (IKK-Bundesverband): Ich glaube nicht, dass wir über die Stiftung, die Prävention in Lebenswelten machen sollte, Impfziele verfolgen sollten. Wir sollten aber auf der Basis dessen, was gesundheitspolitisch vorgegeben wird, alles daran setzen, die niedrige Impfquote zu erhöhen, weil das ein wichtiger primärpräventiver Beitrag ist. Wir sehen hier auch die Beteiligten in den Ländern in der Pflicht, einiges zu tun. Die Kassen werden das weiter über Satzungsregelungen machen. Ich fordere an dieser Stelle die Länder auf, sich in diesem Bereich zu engagieren. Ich würde es für gefährlich ansehen, wenn man über ein Gesetz Pflichtimpfraten oder ähnliches definieren würde, weil ich glaube, dass der gesellschaftspolitische Auftrag, in diesem Zusammenhang positiv nach vorne zu kommen, dann der Gefahr unterliegt, dass sich die öffentlichen Hände daraus zurückziehen werden.

SV Dr. Peter Pick (MDS): Sie haben das Thema der niedrigen Impfquoten mit der Primärprävention verknüpft. Hier wird sehr deutlich, dass an dieser Stelle im Moment rein ärztlich gesteuerte Maßnahmen nicht viel bringen. Ich würde empfehlen, an dieser Stelle auf Aufklärung zu setzen: Wir müssen hier Widerstände abbauen, wo dies sinnvoll ist. Ich bin allerdings auch nicht für Durchimpfungsquoten. Es ist richtig, hier auch den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Länder in ihrer öffentlichen Verantwortung anzusprechen. Dies im Zusammenhang mit vernünftigen Aufklärungskampagnen, die sowohl die Chancen als auch die Risiken der Impfung deutlich machen, scheint mir der richtige Weg zu sein.

Abg. Marlene Rupprecht (SPD): Ich habe eine Frage an den BAGFW: Wie sehen Sie die Schnittstelle zwischen bisheriger stationärer Reha und Vorsorgemaßnahmen und der neuen Definition der tertiären Prävention? Sehen Sie da eine Problematik? Ist das genügend abgegrenzt oder meinen Sie, dass da noch etwas klargestellt werden müsste?

SV Dr. Klaus Heß (DPWV/BAGFW): Ich vertrete DPWV und BAGFW. Sie sprechen § 3 Abs. 4, Ziffer 4 des Präventionsgesetzes an. Hier haben wir das Problem, dass die Rehabilitation dem Bereich der tertiären Prävention zugewiesen wird. Das ist in vielfacher Form problematisch. Zum einen entspricht es nicht dem gesundheitswissenschaftlichen Diskussionsstand, zum anderen ist zu kritisieren, dass möglicherweise Leistungen für Mütter und Väter, die entsprechende Kurmaßnahmen beantragen wollen, in den Bereich der Prävention verschoben werden können. Das hat zur Folge, dass Mütter, Väter und Kinder, die dringend eine Kur benötigen, diese nicht wahrnehmen können. Das ist insofern problematisch, als Mütter und Väter schon genügend Hürden auf sich nehmen müssen, um Kurmaßnahmen zu bekommen. Ich finde es problematisch, wenn möglicherweise diese Zielgruppe zusätzlich auf ein Nebengleis geschoben würde. Von daher wäre es der Wunsch von BAGFW und DPWV, dass im Bereich des § 3 Abs. 4 entsprechende Konkretisierungen durchgeführt werden.

Abg. Gerald Weiß (Groß-Gerau) (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Staatssekretär a. D. Karl Jung und Senator a. D. Ulf Fink. Meine Frage an Herrn Staatssekretär a. D. Jung lautet: Inwieweit sehen Sie in dem vorliegenden Gesetzentwurf den Grundsatz, Sach- und Finanzverantwortung in einer Hand zu behalten und zu organisieren, durchgehalten und inwieweit sehen Sie in diesem Gesetzentwurf das Wirtschaftlichkeitsprinzip generell beachtet? Wie würden Sie die Einbeziehung der PKV im Diskussionszusammenhang beurteilen?

Herrn Fink möchte ich gerne fragen: Wie beurteilen Sie vor dem Hintergrund des Ziels der Stärkung einer umfassenden Prävention und der hier vorgesehenen Finanzierung über Beitragsmittel die im Gesetzentwurf zum Ausdruck gebrachte Absicht Lebenswelt bezogene Leistungen vornehmlich auf sozial Schwache zu konzentrieren?

SV Staatssekretär a. D. Karl Jung: Hinsichtlich der privaten Krankenversicherung ist richtig: Die PKV kann genauso wenig wie die GKV und die übrigen Sozialversicherungsträ-

ger gezwungen werden, Beitragsmittel an staatliche Stellen in Bund und Ländern abzuführen. Aber gleichwohl kann man die private Krankenversicherung an der Prävention beteiligen, so wie das in der Pflege auch geschehen ist. In der Pflege ist der PKV vorgeschrieben worden, für die PKV-Versicherten gleichwertige Leistungsangebote zu machen wie die soziale Pflegeversicherung und dafür Verträge abzuschließen. Wenn man das macht, ist der Sektor Prävention in der privaten Krankenversicherung abgedeckt. Über die 20 Millionen für die Stiftung erreiche ich das nicht. Aber wenn Sie der PKV hier eine entsprechende Verpflichtung wie in der Pflege auferlegen, haben Sie die PKV in der Prävention drin, so wie die übrigen Träger, wie die GKV oder auch die Rententräger und die Unfallversicherung.

Was den Zusammenfall von Verwaltungsentscheidung und Finanzierung angeht, gibt es diesen Konflikt hier nicht: Bund und Länder greifen schon im Verwaltungsentscheidungs teil in die Befugnisse der Kassen der Sozialversicherung ein. Von daher entsteht ein Konflikt über Finanzentscheidungen dann nicht mehr. Der Konflikt entsteht vielmehr schon bei der Beanspruchung von Verwaltungsentscheidungen, von Verwaltungskompetenzen, im Bereich der Pflegeversicherung, die Teil der Sozialversicherung ist und damit der Selbstverwaltung unterliegt. Wenn ich erstmals nach 120 Jahren in diesen Komplex eingreifen will, ist das rechtswidrig. Von daher ist selbstverständlich auch die Finanzeinwirkung auf die Kranken- und die übrigen Sozialversicherungsträger rechtswidrig. Daher stellt sich die Frage in dieser Form nicht, sondern die Rechtswidrigkeit beginnt schon bei der Einflussnahme auf die Verwaltungsentscheidungen, auf die Verwaltungstätigkeiten, der Krankenkassen und der übrigen Sozialversicherungsträger.

SV Ulf Fink (Büro für Gesundheit und Prävention): Ich bin wie sehr viele Sachverständige der Auffassung, dass der Prävention eine überragende Bedeutung für die Zukunftsfähigkeit zukommt, nicht nur des deutschen Gesundheitswesens, sondern überhaupt der Gesundheitssysteme dieser Welt. Den großen demografischen Problemen, vor denen wir stehen, kann man durch die allgemein diskutierte Antworten im Rahmen des Gesundheitswesens – Kapitaldeckung o. ä. – kaum beikommen. Der geeignete Ansatzpunkt ist –

wenn überhaupt – die Prävention: Man muss versuchen, die Zahl und Schwere der Erkrankung selbst zu beeinflussen. Das erfordert alle Kraft, die man im Gesundheitswesen überhaupt aufbringen kann. Jetzt ist noch Zeit – was jetzt versäumt wird, kann in den kommenden Jahren nicht mehr aufgeholt werden.

Aus dem Grund halte ich es zwar für richtig, die knappen Mittel in der Reihenfolge einzusetzen, in der sie am meisten Ertrag bringen, und entsprechend sozial Benachteiligte besonders in den Fokus zu nehmen. Ich finde es aber falsch, dass es in der Begründung zu diesem Gesetzentwurf heißt, dass dem Ziel, sozial Benachteiligte zu fördern, eine grundsätzliche Bedeutung in allen Präventionsbereichen zukommen soll und Präventionsanstrengungen zukünftig auf diese gemeinsame Zielstellung hin zu konzipieren und durchzuführen sind. Das bedeutet eine Abkehr von dem allgemeinen Ansatz, dass es sich um ein generelles, tief greifendes Thema für alle handelt. Man macht Prävention damit zu einer Minderheitenmaßnahme – und das ist falsch.

Frau Robbers, ich teile sonst gern Ihre Auffassung. Ich würde mir sehr wünschen, dass Städte, Kommunen und Länder ihren Verpflichtungen in Sachen Gesundheitswesen nun tatsächlich gerecht werden und nicht die einmalige Chance nutzen, die kommunalen oder Länderfinanzen entsprechend zu verringern, wenn Sozialversicherungsgelder nun einmal da sind. Ich erinnere an die Entwicklung in den 80er Jahren: Von 1980 bis 1994 sind die Ausgaben für den öffentlichen Gesundheitsdienst viel geringer gestiegen als die Gesamtausgaben. Der Anteil hat sich von 1,3 % auf nur 1,0 % verringert. Gerade der öffentliche Gesundheitsdienst bietet aber den unmittelbarsten Zugang zu den sozial Benachteiligten. Es müssen Garantien im Gesetz vorgesehen werden, damit nicht geschieht, was in den Jahren zuvor stets geschehen ist.

Abg. Eberhard Gienger (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte: Nach dem Gesetzentwurf soll die Rentenversicherung die Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung von insgesamt 40 Mio. Euro aus dem Budget der Rehabilitationsleistungen aufwenden. Was bedeutet das für die Rentenversicherung, für

die medizinische Rehabilitation und letztlich auch für den Versicherten?

Meine zweite Frage richte ich an den Deutschen Sportbund: Was geschieht mit den gut laufenden Präventionsprojekten zwischen den Sportverbänden, den Sportvereinen und den Kassen? Ist mit einer Kündigung zu rechnen und erfolgt gegebenenfalls eine Umleitung des Geldes in die Stiftung?

SV Dr. Axel Reimann (VDR): Bei der Rentenversicherung handelt es sich im Wesentlichen um zusätzliche Leistungen, die zu erbringen sind. Insofern sind die Leistungen nach dem Gesetzentwurf zwangsläufig mit Leistungseinschränkungen im Bereich der Rehabilitation verbunden, sofern das entsprechende Budget nicht erhöht wird. 40 Mio. Euro entsprechen etwa 13.000 medizinischen Reha-Leistungen, die weniger erbracht werden können. Umgerechnet in Rehabilitationsplätze sind dies etwa 900 Plätze, die nicht mehr in Anspruch genommen werden können.

SV Thomas Keck (BfA): Das kann ich nur unterstreichen. Wenn man dies im Zusammenhang mit den Regelungen zu Hartz III und Hartz IV in Kumulation sieht, wird sich dies deutlich auf den Rehabilitationsetat auswirken, der den Rentenversicherungsträgern insoweit zur Verfügung steht.

SV Prof. Dr. Dr. Winfried Banzer (Deutscher Sportbund): Zunächst ist zu sagen, dass der organisierte Sport schon seit vielen Jahren, als vom Präventionsgesetz noch gar keine Rede war, auf dem Gebiet der Prävention eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit den Kassen hat. Ein zweites wichtiges Argument, das hoffen lässt, dass eine Umverteilung nicht stattfindet wird, ist die Tatsache, dass die Krankenkassen nicht die Struktur des Deutschen Sportbundes bezahlen, sondern die Endverbraucher bezahlen und ihre Klienten und Kunden damit unterstützen wollen. Der organisierte Sport war bisher in der Lage, für seine eigenen Strukturen aufzukommen. Ich hoffe und gehe davon aus, dass es auch in Zukunft so sein wird.

Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU): Ich möchte noch einmal auf die Frage der Finan-

zierung zurückkommen, nachdem Herr Fink gerade noch einmal sehr heftig bezweifelt hat, dass die Kommunen und Länder ihr Finanzierungsvolumen aufrechterhalten.

Meine erste, zweiteilige Frage richtet sich an den Deutschen Landkreistag: Sie haben in Ihrer Stellungnahme betont, wie hoch die Aufwendungen der Kommunen für die Prävention sind und dass sie weit über das hinausgehen, was an Finanzmitteln nach § 20 SGB V ausgegeben wird. Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge, der den Kommunen schließlich nicht gerade fern steht, hat in seiner Stellungnahme deutlich gemacht, dass es sehr sinnvoll wäre, im Vorfeld eines Präventionsgesetzes in einer Auflistung nicht nur alle Projekte, sondern auch alle eingesetzten finanziellen Mitteln darzulegen, damit man sehen kann, was wo investiert wird. Wäre es nicht sinnvoll, wenn die Kommunen eine solche Auflistung der finanziellen Mittel vorlegen würden, die sie konkret für Prävention entsprechend dem umfassenden Begriff – wie er auch Lebenswelten bezogener Prävention zugrunde liegt – haben?

Außerdem bitte ich noch einmal um eine Einschätzung zu § 18 Absatz 1, in dem es um die Rahmenvereinbarung auf Länderebene geht. Sie haben gesagt, dass die Kommunen beteiligt werden müssen und sprechen in Ihrer Stellungnahme an, dass Sie sich Vertragspartnerschaften zwischen den Sozialversicherungsträgern und den kommunalen Gebietskörperschaften direkt vorstellen können. Vielleicht können Sie das noch einmal ausführen?

Meine zweite Frage richtet sich an den IKK-Bundesverband: Benötigen wir überhaupt eine Stiftung? Könnte man im Hinblick auf Bürokratieabbau nicht vieles einfacher umsetzen, wenn wir Rahmenvereinbarungen bzw. gegebenenfalls vertragliche Vereinbarungen mit Kommunen haben?

SV Dr. Irene Vorholz (Deutscher Landkreistag): Bei der Finanzierung möchte ich in Frage stellen, ob es Sinn macht, im Vorfeld eine Auflistung der im Einzelnen von den Kommunen geleisteten Mittel zu erstellen, ohne zu wissen, was nachher im Gesetz wirklich verankert werden soll. Zum einen ist es sehr aufwendig, dies auf Bundesebene zusammenzutragen, zum anderen ist es keine Schwierigkeit nachzuvollziehen, was in den einzelnen Kommunen für

die jeweiligen Bereiche ausgegeben wird. Es gibt kaum etwas transparenteres als kommunale Haushalte, die jedermann einsehen kann, und wir können über die Bundesstatistik die entsprechenden Konsequenzen ziehen. Der ÖGD ist extra ausgewiesen; diese Bereiche lassen sich einfach erfassen. Bezüglich des ganzheitlichen Ansatzes, den die Kommunen in anderen Bereichen bieten, wird es schon schwieriger; da müsste man jeweils im Einzelnen vorgehen. Die Suchtprävention im Bereich der Sozialhilfe, die Prävention im Bereich der Jugendhilfe, die einzelnen Maßnahmen bei der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen – das alles muss zusammengetragen werden und macht das Pfund aus, mit dem die Kommunen wuchern können.

Ich komme nun zum zweiten Teil Ihrer Frage, der Ausgestaltung von Vertragspartnerschaften. Wie man dies nachher konkret ausgestaltet oder nennt, ist eine Frage des Instrumentes. Von der Sache her geht es um eine Verständigung zwischen den Kommunen in den verschiedenen Funktionen, die ihnen obliegen, vor allem den ÖGD, mit den Partnern, die in Betracht kommen, insbesondere den Sozialversicherungsträgern, über das, was konkret vor Ort umgesetzt wird. Wir haben das bereits im Bereich der Jugendzahnpflege als eine Maßnahme. Man kann Partnerschaften nicht ohne den anderen Partner schließen. Wichtig ist deswegen eine Verständigung über die Ziele und darüber, wie wir im Einzelnen zu konkreten Maßnahmen konkreten Maßnahmen in den Schulen, Kindergärten, Sportvereinen, Freizeitstätten und Jugendclubs kommen. Darüber haben wir heute kaum gesprochen, und es ist ein ganz wichtiger Punkt.

SV Rolf Stuppardt (IKK-Bundesverband): Der Gesetzgeber hat mit dem Stiftungsgedanken eine Grundkreation der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Er hat ihn allerdings nicht so übernommen, wie wir ihn organisieren würden, nämlich völlig unbürokratisch. Wir würden das sehr einfach und unbürokratisch machen und dafür sorgen, dass die notwendigen Ziele und Rahmenvereinbarungen auch für alle verbindlich sind. Es spricht einiges für eine sehr stringente Stiftungslösung, weil wir – das haben wir allerdings auch erst kürzlich gelernt – aufgrund der Mittelflüsse bei einerseits landesunmittelbaren und andererseits bundesunmittelbaren Versicherungsträgern bei den Landesarbeitsgemein-

schaften oder Landeshaushalten verfassungsrechtliche Probleme haben. Diese Probleme wären aus der Welt, wenn man eine Mittelverteilung über die Spitzenverbände und die Stiftung machen würde. Von daher ist der Stiftungsgedanke an sich in Ordnung, aber er muss – wie wir das in unseren Stellungnahmen an verschiedenen Stellen gesagt haben – anders ausgeprägt werden.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Ich habe zunächst eine Frage an Staatssekretär a. D. Jung: Der Gesetzentwurf beansprucht, Prävention zu stärken und einen Paradigmenwechsel herbeizuführen. Dazu ist es notwendig, dass die Leistungen der Prävention klar definiert werden. Ist es aus Ihrer Sicht gewährleistet, dass der Versicherte, der mit seinen Beiträgen die Prävention finanziert, auch einen konkreten Anspruch auf diese Leistung hat? Welche Konsequenzen hat dies andernfalls?

Die zweite Frage geht an den IKK-Bundesverband und den VDR: Wie beurteilen Sie, dass der Gesetzentwurf vorab festlegt, wer Sitz und Stimmen in den Entscheidungsgremien der Stiftung hat? Welche Gefahren sehen Sie durch die Zusammensetzung des Gremiums? Außerdem bitte ich Sie um Erläuterung, warum Sie in Ihren Stellungnahmen das Inkrafttreten der finanzwirksamen Regelungen im Gesetzentwurf kritisieren.

SV Staatssekretär a. D. Karl Jung: Es ist leider so, dass die hehren Zielvorstellungen – Stärkung der Prävention, Vierte Säule, Paradigmenwechsel – mit diesem Gesetzentwurf nicht erreicht werden, weil er weitgehend insuffizient ist. Das gilt zunächst einmal für den Rahmen, mit dem die Prävention hier angesprochen wird, und die Beschränkung in erster Linie auf die Primärprävention, die nur ein Teil dessen ist, was heute den Krankenkassen als Aufgabe zugewiesen ist. Sekundär- und Tertiärprävention, medizinische Vorsorge bis hin zu den Bonusregelungen – das alles findet in dem Gesetzentwurf nicht statt. Mit der Beschränkung auf die Primärprävention, die sicher wichtig ist, aber nicht ausreicht, um daraus eine Vierte Säule entstehen zu lassen, ist der Entwurf vom Ansatz her verfehlt und zu kleinkariert ausgerichtet.

Wenn wir die vier Säulen vergleichen, haben wir die Akutbehandlung mit vielleicht 130

Mrd. Euro, die Pflegeversicherung mit 19 Mrd. Euro, die Rehabilitation mit 15 Mrd. Euro und daneben nun die neue Säule Prävention mit nur wenigen Millionen. 180 Mio. Euro geben die Kassen heute nach § 20 SGB V für Primärprävention aus. Dies soll durch das Gesetz auf 250 Mio. Euro aufgestockt werden – das ist ein Mehr von nur 70 Mio. Euro. Was soll das denn? Sie kennen die Berichte der Krankenkassen über das, was mit den 180 Millionen in den vergangenen Jahren geschehen ist: 1,6 % der Versicherten wurden mit den Maßnahmen erreicht. Wenn Sie den Betrag jetzt um 70 Mio. aufstocken, werden Sie vielleicht 2 % oder 3 % erreichen, aber nicht 40 %, 50 % oder noch mehr Prozent der Versicherten. Von daher ist das ganze Unternehmen – neue Säule, Paradigmenwechsel – eine Illusion. Wenn man nicht umdenkt und die gesamte Prävention – einschließlich Sekundär- und Tertiärprävention, Bonusregelung – mit einbezieht, ist das Unternehmen von vornherein zum Scheitern verurteilt. Mit Primärprävention und einer Steigerung von 180 auf 250 Mio. Euro ist eine neue Säule nicht zu errichten.

Das gleiche gilt auch für die Leistungen der Prävention und für die Ausgestaltung der neuen Präventionsträger: Entweder man lässt es bei der Krankenversicherung und bei deren Aufgaben für alle Zweige der Prävention, oder man nimmt weitere Sozialversicherungsträger mit hinein. In diesem Fall ist aber nicht zu erklären, warum die Prävention den neuen Präventionsträgern nur teilweise und nicht ganz zugeordnet werden soll, wie das in der Rehabilitation auch der Fall ist. Wir haben in der Rehabilitation auch vier Träger, die insgesamt für alle Aufgaben der medizinischen Rehabilitation zuständig sind und nicht nur für einzelne ausgewählte Dinge.

Schließlich fehlt es an einer Ausformung konkreter Leistungsansprüche und vor allen Dingen der konkreten Zuordnung der Versicherten zu den einzelnen Präventionen. In dem Gesetz wird nicht deutlich, wer bei drohender Pflegebedürftigkeit wohin gehen soll: Geht er zur Pflegeversicherung oder geht er zur Rentenversicherung, weil in Verbindung mit der Erwerbsunfähigkeit zugleich auch Pflegebedürftigkeit indiziert sein kann? Das ist alles ungelöst. Von daher ist das Gesetz in der vorgelegten Form nicht exekutierbar und wird deshalb die Ziele Paradigmenwechsel und Vierte Säule nicht erreichen.

SV Rolf Stuppardt (IKK-Bundesverband): Bezüglich der Finanzierung und der Stimmrechte ist die von uns vertretene Position schon seit jeher klar: Wer zahlt, bestimmt letztendlich. Das Präventionsgesetz in der jetzt vorliegenden Fassung schränkt die Verfügungs- und Entscheidungshoheit der sozialen Präventionsträger insgesamt deutlich ein, indem im Stiftungsrat – und auch im Kuratorium – Bund, Länder und Kommunen Mitspracherechte, Sitze und Stimmen haben. Darüber hinaus wird auf der Länderebene nicht deutlich, dass ausschließlich die sozialen Präventionsträger über die Verteilung der von ihnen eingebrachten Finanzmittel entscheiden dürfen. Das soll erst in den Rahmenvereinbarungen konkret geregelt werden. Wenn diese aber nicht zustande kommen, kann das Land eine entsprechende Rechtsverordnung erlassen. All das sind Dinge, die wir aufmerksam in dem Gutachten nachgelesen haben und die verfassungsrechtlich nicht tragbar sind. Von daher bietet sich die Lösung an, die wir in der von mir angesprochenen Kreation der gesetzlichen Krankenversicherung für eine Stiftung bereits niedergelegt haben: Die Wahrung der Verfügungs- und Entscheidungshoheit der sozialen Präventionsträger über die von ihnen eingebrachten Mittel mit anteiligen Stimmrechten. Das ist die richtige Strategie.

SV Dr. Axel Reimann (VDR): Hinsichtlich der finanzwirksamen Maßnahmen weise ich darauf hin, dass die Haushalte der Träger für das laufende Jahr nicht mehr veränderbar sind und es insofern keinen Sinn macht, im laufenden Haushaltsjahr zusätzliche Leistungen zu beschließen. Hier plädieren wir ganz eindringlich dafür, die verlangten Teile erst im kommenden Haushaltsjahr vorzusehen – abgesehen davon, dass es letztlich beim Inkrafttreten der Regelungen auf drei Monate nicht mehr ankommt.

Hinsichtlich der Frage der Zusammensetzung der Stiftung und der Gremien, die dort tätig werden, muss man klar sehen, dass Bund, Länder und Kommunen auf der einen Seite im Stiftungsrat vertreten sind, darüber hinaus im Kuratorium und schließlich auch bei der Vorbereitung der von der Stiftung zu beschließenden Empfehlungen zu Zielen und Teilzielen. Darüber hinaus sind bei der Vorbereitung des Präventionsprogramms unter anderem Länder und Kommunen zu beteiligen, und auch der

Beschluss über die Ziele und Teilziele durch den Stiftungsrat hat im Benehmen mit dem Kuratorium zu erfolgen. Während also Bund, Länder und Kommunen auf mehreren Ebenen beteiligt sind, sind die Sozialversicherungsträger allein im Stiftungsrat vertreten – und das, obwohl ausschließlich sie die Finanzen zur Verfügung zu stellen haben. Allein das macht schon klar, dass hier eine Verschiebung zu Lasten der Sozialversicherung im Finanzierungskonzept gegeben ist. Es sollte entsprechend den Regelungen in § 13 SGB IX eine klare Abgrenzung zwischen den beschließenden und den an der Vorbereitung zu beteiligenden Akteuren sowie zu den Akteuren, mit denen das Benehmen herzustellen ist, geschaffen werden. Dabei sind nach unserer Auffassung Mehrfachbeteiligungen auszuschließen.

Abg. Dr. Wolf Bauer (CDU/CSU): Ich möchte zuletzt einem Vertreter der Familienorganisationen, dem Verband Deutscher Kneippheilstädter und Kneippkurorte und dem Deutschen Heilbäderverband die Möglichkeit geben, die Frage zu beantworten, ob sie sich in dem Gesetzentwurf ausreichend berücksichtigt fühlen.

Sve Sabine Mundolf (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Familienorganisationen (AGF)/Evangelische Aktionsgemeinschaft für Familienfragen): Ich vertrete hier die evangelische Aktionsgemeinschaft für Familienfragen und den Verband Alleinerziehender. Sie stellen zu Recht die Frage, ob wir als Familienorganisation uns in dem Gesetzentwurf gut vertreten sehen. Insgesamt haben wir den Eindruck, dass die sozialen Lebensbedingungen, in denen sich Familien finden – die so genannten Lebenswelten – nicht hinreichend gesehen werden, weil der Präventionsansatz zu sehr auf Eigenverantwortlichkeit abzielt. Zu berücksichtigen ist vielmehr, dass die Lebenswelten von Familien durch Arbeitsbelastungen, finanzielle Rahmenbedingungen und Alltagsbedingungen dermaßen erschwert sind, dass nicht das Individuum alleine, sondern die Rahmenbedingungen dafür zuständig sind, wie sich die Gesundheit bei Familienmitgliedern gestaltet. Wenn sich diese Rahmenbedingungen nicht entsprechend in den Präventionsbegriff einbeziehen lassen, werden die Belastungen nicht berücksichtigt, die für Kinder z. B. auch in der Schule bestehen. Sie werden wissen, dass dort Stresserkrankungen, Migräne, Asthma und chronische Allergien immer mehr zunehmen. Da

kann man auch mit Eigenverantwortung wenig machen. Insofern bitten wir in den Begriff der Prävention deutlich die Lebenswelt und die allgemeinen Lebensbedingungen mit einzubeziehen.

Der Optimismus, dass durch individuelle Gegebenheiten und Fürsorge etwas getan werden kann, kann sich auch nicht auf sehr schwache soziale Gruppen – und das sind oftmals Alleinerziehende oder Familien mit vielen Kindern – beziehen: Sie haben wenig Geld, um bestimmte Maßnahmen zu ergreifen, wie die Teilnahme an Sportvereinen, gesunde Ernährung usw., und sind damit enorm benachteiligt. Darüber hinaus ist der Informationszugang von Familien oder Menschen aus sozial benachteiligten Schichten zu gering, und die Möglichkeiten ihrer Teilhabe durch Information sind nicht so gegeben wie bei uns, die wir hier alle sitzen. Wir alle wissen, dass bei denjenigen, die wenig finanziellen Hintergrund haben, dafür aber voll mit beiden Mitgliedern überdurchschnittlich viel arbeiten müssen, die Zeit nicht besteht, um solche Maßnahmen überhaupt durchzuführen. Auch wir können es schon nur in geringem Umfang tun. Daher plädieren wir eindeutig dafür, in den Begriff der Prävention in weit höherem Umfang auch die Lebenswelten und die Situation von Familien einzubeziehen.

SV Hans Joachim Bädorf (Verband Deutscher Kneippheilstädter und Kneippkurorte): Kneipp mit seinen fünf Säulen ist seit über 100 Jahren gelebte Prävention. Deshalb bin ich dankbar für die Antworten, die in der Anhörung bereits für den Bewegungs- und Ernährungsbereich gegeben worden sind. Das Bemühen richtet sich auch seit über 100 Jahren auf eine Stärkung der Eigenverantwortung der Menschen und stimmt insofern mit § 5 des vorliegenden Gesetzentwurfes überein. Die Ganzheitlichkeit unserer Bewegung entspricht dem Setting-Ansatz des Gesetzentwurfs, den wir sehr begrüßen. Bei den Lebenswelten, die aufgezählt sind, vermissen wir jedoch die Heilbäder und Kurorte in Deutschland. Eine innovative, kreative und aufbauende Auszeit gehört mit zu den Lebenswelten und gehört auch mit zum Präventionsansatz. Es gibt ein eigenes Programm „Prävention im Kurort“. Deswegen ist es uns wichtig, auch in diesem Zusammenhang vertreten zu sein. Darüber hinaus vermissen wir im Gesetzesentwurf Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramme für eine ganze Reihe von gesundheitsrelevanten Akteu-

ren, sei es in den Heilbädern und Kurorten, in der Ärzteschaft, bei den Krankengymnasten und bei vielen anderen Vertrauenspersonen, die die Menschen da abholen, wo sie leben.

Wir bitten um eine verstärkte Berücksichtigung, einmal in § 17 unter dem Stichwort Lebenswelten, aber auch immer dann, wenn von zu beteiligten Dritten die Rede ist, sei es nun in § 11 Abs. 5 oder in § 12. Hier wäre uns wichtig, zumindest in den Materialien die Heilbäder und Kurorte – insbesondere auch kneippscher Prägung – verankert zu wissen, ebenso im Kuratoriumsansatz des Stiftungsgesetzes.

SV Prof. Rudolf Forcher (Deutscher Heilbä-
derverband): Wir möchten darauf hinweisen, dass die Deutschen Heilbäder und Kurorte schon immer ein wesentlicher Präventionsträger waren. Bei uns sind jährlich etwa 12 Millionen Bundesbürger, von denen etwa 10 Millionen ihren Aufenthalt selbst bezahlen. Sie reichen von Mutter, Vater, Kind über die arbeitende Bevölkerung bis hin zur älteren Generation. Deswegen halten wir es für wichtig, dass in den Lebenswelten auch der Gesundheitsurlaub neben Sport und Spiel mit aufgeführt wird.

Zum anderen sind wir der Auffassung, dass es bei der betrieblichen Gesundheitsförderung zu wenig ist, wenn es in der Ergänzung von § 20 b SGB V nun heißt, „in“ Betrieben: Es müsste dort auch heißen „und für“ Betriebe, denn gerade die kleinen und mittelständischen Unternehmen sind nicht in der Lage, eigene Maßnahmen in ihrem Betrieb in dem Umfang durchzuführen. Sie müssen sich mehr auf Unfallverhütung und ähnliche Dinge begrenzen.

Schließlich plädieren wir für eine stärkere Regionalisierung. Sie sollten darauf achten, dass unter Beachtung der verfassungsrechtlichen Gegebenheiten auch Entscheidungs- und Handlungsschwerpunkte im regionalen Bereich erfolgen. Dort arbeiten, leben und wohnen die Menschen. Dort sind die Leistungserbringer – ob Ärzte, Heilbäder, Kurorte oder Physiotherapeuten usw. – tätig. Dort sollte für die Kooperation in der Form gesorgt werden können, dass alle Sozialversicherungsträger, Länder, Kommunen und Leistungserbringer entsprechend mit eingebunden werden. Auf diese Art und Weise ist eine zielgerichtete und effektive Umsetzung am besten gegeben.

Abg. **Gerlinde Kaupa** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die BAGH: Wie bewerten Sie die Beteiligungsmöglichkeiten, die für die maßgeblichen Organisation der Selbsthilfe und der Patienten in der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung geschaffen werden?

Für die Förderung der Selbsthilfe durch die gesetzliche Krankenversicherung wird mit dem Gesetzentwurf im SGB V ein eigenständiger Paragraph geschaffen. Auch im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung wird in § 31 Abs. 1 SGB V erstmals die Selbsthilfe aufgeführt. Halten Sie diese Regelung für ausreichend?

SV Christoph Nachtigäller (BAGH): Die BAGH begrüßt die Neuregelung der Selbsthilfeförderung in Artikel 5 des Präventionsgesetzes nachdrücklich, weil es sich nunmehr um eine eigenständige Vorschrift handelt. Es ist sehr gut, dass es einen eigenständigen § 20 d zur Regelung der Selbsthilfeförderung gibt und nicht wie bisher nur einen Absatz in § 20, wo Prävention und Selbsthilfe sozusagen eine Teileinheit waren. Wir konnten über viele Änderungsgesetze zum SGB V eine konsequente Weiterentwicklung der Rechtsgrundlagen erleben. Ich muss es sehr positiv erwähnen: Es sind jeweils positive, konkretisierende Regelungen und Veränderungen gewesen, wie dies auch mit der Neueinfügung § 20 d der Fall ist. Positiv ist, dass es sich um eine zwingende Norm handelt und nunmehr der verbindliche Charakter der Förderungspflicht eingeführt wird. Das ist besonders deshalb wichtig, weil die Kassen ihre gesetzliche Verpflichtung bisher in keinem Fall in vollem Umfang ausgeschöpft haben.

Auch das zwischen der GKV und der Selbsthilfe bisher entwickelte Verfahren zur Beteiligung und zur Abstimmung ist im Grundsatz positiv zu bewerten. Zielsetzung war und ist – das gilt auch für die Regelungen, die jetzt eingeführt werden sollen – die Einführung von Bedarfsgerechtigkeit, Verlässlichkeit und vor allem Transparenz. In diesem Sinne sind die gemeinsamen Empfehlungen, das gemeinsame Rundschreiben und das Praxisverfahren der Abstimmung zu verstehen. Die Gemeinschaftsfonds, die nun eingeführt werden sollen, sind seit Jahren von der Selbsthilfe gefördert worden. Sie sind unseres Erachtens ein ausgezeichnetes Mittel, um für Transparenz und eine

einheitliche Verpflichtung sowie für Verlässlichkeit zu sorgen. Die Gemeinschaftsfonds sollten auf drei verschiedenen Ebenen eingerichtet werden, auf der Ebene von Bund, Ländern und Gemeinden. Dadurch soll es nicht nur auf der Bundesebene zu einer transparenten Förderung kommen, sondern auf den anderen Ebenen ebenfalls.

Wir würden uns wünschen, dass für die Förderung auf den Ebenen der Grundsatz der Gleichrangigkeit gilt, wie er schon in den gemeinsamen Empfehlungen enthalten ist und aus Sicht der Selbsthilfe auch die Konsequenz zur Folge hatte, dass jeweils mit einer entsprechenden Förderquote von 25 % umzugehen ist. Das würden wir begrüßen. Wenn die Förderquote nicht gesetzlich festgelegt wird, müsste mindestens die Gleichrangigkeit der Selbsthilfe auf allen Ebenen festgelegt werden.

Ich möchte in diesem Zusammenhang außerordentlich begrüßen, dass in der Gesetzesbegründung Äußerungen zu § 140 SGB V enthalten sind. Dort heißt es nämlich, dass Patientenbeteiligung ein integrativer Bestandteil von Selbsthilfetätigkeit ist. Das stellt klar, dass Selbsthilfe in unterschiedlichsten Ausprägungen insgesamt ein Konzept ergibt, von der individuellen Selbsthilfe, der gegenseitigen wechselseitigen Unterstützung bis hin zur politischen Vertretung und zur kollektiven Ausübung von Rechten zur Veränderung in der Gesellschaft und der gesetzlichen Bestimmun-

gen. All das gehört zur Selbsthilfe und selbstverständlich in besonderem Maße die Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen. Das ist eine Klarstellung, die sehr erfreulich ist.

Lassen Sie mich abschließend in Stichworten drei Forderungen nennen: Bitte reale Fonds mit entsprechendem Geldfluss und haushaltsrechtliche Auswirkung statt virtueller Fonds. 50 : 50 Schwerpunkte zur Gemeinschaftsförderung sind okay, könnten aber auch zu 60 : 40 werden: Wir stehen auch zu den Schwerpunktförderungen der Kassen. Schließlich sollte Selbsthilfebeteiligung bei beiden Teilen durchgeführt werden: Derzeit ist sie – das ist sicher ein Fehler in der Formulierung – in § 20 d Abs. 3 Satz 3 nur bei Gemeinschaftsfondsförderung vorgesehen. Das müsste sprachlich noch korrigiert werden.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Ich bedanke mich bei allen, die heute hier waren. Wenn der oder die eine oder andere Sachverständige nichts gefragt wurde, bitte ich um Nachsicht und Entschuldigung. Ich darf mich bei Ihnen bedanken, dass Sie uns Rede und Antwort gestanden haben.

Ende der Sitzung: 13.45 Uhr.