

**Büro für Gesundheit und Prävention
Ulf Fink, Senator a.D.**

**Kurfürstenstr. 84
10787 Berlin
Tel.: 030/263917-77
Fax: 030/263917-89
e.mail: ulf.fink@gesundheitsbüro-berlin.de**

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0816(2)
vom 22.02.2005

15. Wahlperiode**

**Stellungnahme der „AG Präventionsgesetz“
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“
(Stand: 02. Februar 2005)**

In der Koalitionsvereinbarung der Regierungsfractionen vom 16.10.2002 heißt es unter Kapitel IV, im Abschnitt „mehr Qualität und mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen“:

„Prävention wird eine eigenständige Säule neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege“ (...) Zur Steigerung der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen werden die entsprechenden Vorschriften in einem Präventionsgesetz zusammengefasst und ergänzt.“

Mit dieser Aussage hat die Regierungskoalition eine erstmals im Jahre 2001 erhobene Forderung in ihr Regierungsprogramm aufgenommen¹⁾. Die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung ist der beste Ansatz, um die demographischen Herausforderungen der Zukunft zu bestehen. Nur wenn es gelingt, nachhaltig Krankheiten zu vermeiden oder abzumildern, wird der medizinisch-technische Fortschritt auch künftig bezahlbar bleiben. Es ist daher an der Zeit, die Prävention aus ihrem Schattendasein herauszuführen.

Der nun vorliegende Entwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention vom ...“ enthält zum Teil richtige Ansätze. Dem Verständnis von Prävention als „gesamtgesellschaftlicher Aufgabe“ wird jedoch nicht ausreichend Rechnung getragen.

I. Allgemeine Bewertung

(1) Zunächst fällt positiv auf, dass künftig eine bundesweite Vereinheitlichung und Festlegung von Präventionszielen und Qualitätskriterien durch die neue „Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung“ vorgesehen ist. Die Vereinheitlichung des Vorgehens und die Festlegung gemeinsamer und vorrangiger Präventionsziele und Qualitätskriterien verspricht für die Zukunft eine deutliche Verbesserung bei der Erreichbarkeit besonderer Zielgruppen.

Genauso notwendig ist die im Gesetzentwurf vorgesehene Etablierung einer regelmäßigen Berichterstattung (Monitoring) des Bundes, der Länder und der Sozialversicherungsträger zum Stand und zur Weiterentwicklung der Prävention. Prävention gehört in den Fokus der Öffentlichkeit!

(2) Bei näherem Hinsehen wird jedoch klar, dass das Präventionsgesetz insgesamt nicht den erhofften großen Wurf darstellt. Dies wird spätestens beim Thema „Finanzierung“ deutlich:

1) vgl.:

- Pressekonferenz der CDU-Gesundheitsreformkommission „Humane Dienste“ am 10.07.2001 in Berlin mit Staatssekretär a.D. Karl Jung, Dr. Ulrich Oesingmann und Ulf Fink;

a) Die Gesundheitsausgaben in Deutschland liegen heute insgesamt bei über 230 Mrd. EUR. Mit rund 10 Mrd. EUR werden in Deutschland aber nur ca. 4,5 Prozent aller Gesundheitsausgaben für Zwecke der vorbeugenden Gesundheitssicherung verwendet ¹⁾. Von einem Präventionsgesetz hätte man nun erwartet, dass das Hauptmanko der Prävention – nämlich die chronische Unterfinanzierung – zumindest teilweise behoben wird. Dem ist nun leider nicht so. Es kann daher wirklich nicht der Weisheit letzter Schluss sein, die im „*Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention*“ vorgesehene Finanzierung allein den Sozialversicherungsträgern zuzuschreiben.

b) Unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten ist der Gesetzentwurf fast schon ein Rückschritt: Ziel aller sozialgesetzgeberischen Überlegungen ist es doch, die Lohnnebenkosten zu senken, indem man die Sozialversicherungszweige - nicht zuletzt auch durch staatliche Zuschüsse - entlastet. Von diesem Prinzip nun gerade beim Präventionsgesetz abzurücken, indem man allein die Sozialversicherungsträger, namentlich die GKV (180 Mio. EUR), die Rentenversicherung (40 Mio. EUR), die Gesetzliche Unfallversicherung (20 Mio. EUR) und die Soziale Pflegeversicherung (10 Mio. EUR) zur Finanzierung der Prävention heranzieht, ist nicht nachvollziehbar. Prävention ist und bleibt eine „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“. Die für die Prävention mitverantwortlichen staatlichen Ebenen Bund, Länder und Kommunen nun gerade bei der Finanzierung zu „schonen“, widerspricht dem gesamtgesellschaftlichen Aspekt.

Daher bleibt festzuhalten: Ohne eine zusätzliche finanzielle Beteiligung von Bund und Ländern sind die Ziele des Präventionsgesetzes, insbesondere mit Blick auf den demographischen Wandel, auf Dauer nicht zu erreichen.

(3) Eine weitere Unzulänglichkeit des Gesetzentwurfs besteht darin, dass er sich ausschließlich auf den Sektor der Primärprävention fokussiert. Zwar ist es richtig, einen Schwerpunkt auf die Verhinderung des erstmaligen Auftretens von Krankheiten zu legen, dabei aber ganz und gar auf die Bereiche Sekundär- und Tertiärprävention zu verzichten, wird dem Anspruch eines Präventionsgesetzes nicht gerecht.

Insbesondere am Beispiel der Lebenswelten „Kindergarten“ und „Schule“ wird deutlich, dass eine sektorale Fokussierung auf Primärprävention nicht weiterhilft. Gerade hier müssten auch Leistungen vor allem der Sekundärprävention möglich sein. Besonders die Kindervorsorgeuntersuchungen (U8 – U 10) sind wichtige Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung von Kindern. Sie fallen jedoch nicht unter die Regelungen des „Primär-Präventionsgesetzes“. Dies kann nicht gewollt sein. Zumindest für die Lebenswelten „Kindergarten“ und „Schule“ müssen daher auch sekundärpräventive Leistungen vorgesehen werden.

¹⁾ Hierunter fallen: allgemeiner Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung, Früherkennung von Krankheiten, Gutachten und Koordination, Förderung der Selbsthilfe etc;
Quellen:

1. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Gesundheit - Ausgaben 1992-2000, Wiesbaden 2002;
2. „Prävention im deutschen Gesundheitswesen“ – Gutachten von Dr. Ulla Walter und Prof. Dr. F.-W. Schwartz, MHH, vom 11.07.2001

(4) Die Intention des Gesetzgebers, Prävention insbesondere für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen vorzusehen (§ 3 PräVG), ist zu begrüßen. Dass die Gesundheitsressourcen gerade dieser Zielgruppen gestärkt werden müssen, kann nicht bestritten werden. Die Regelung des § 3 PräVG orientiert sich demzufolge an der im Jahr 2000 wieder eingeführten Vorschrift zur Primärprävention (§ 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Weitergehend als dort soll diesem Ziel nunmehr aber grundsätzliche Bedeutung in allen Präventionsbereichen zukommen. So sollen *„Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention insgesamt darauf ausgerichtet werden, eine Verbesserung insbesondere der Gesundheit von benachteiligten Personengruppen und Personen in besonders schwierigen Lebenslagen zu bewirken. Zu diesen gehören beispielsweise Migrantinnen und Migranten und Menschen mit einer Behinderung, aber auch chronisch körperlich oder psychisch erkrankte Menschen. Alle Präventionsanstrengungen sind zukünftig auf diese gemeinsame Zielstellung hin zu konzipieren und durchzuführen“* (vgl. Gesetzes-Begründung, Seite 16).

Zu beachten ist, dass die Fokussierung auf sozial benachteiligte Gruppen die Gefahr in sich birgt, dass breite Bevölkerungsschichten bei der Prävention außen vor bleiben. Dies ist nicht zielführend. Prävention ist das zentrale Thema für die Zukunftsfähigkeit unseres Gesundheitswesens. Prävention kann am Ende nur dann Erfolg haben, wenn man die gesamte Bevölkerung mit einbindet.

II. Bewertung im Einzelnen:

1. Regelungen zur Bundesebene:

„Gesetz zur Errichtung der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung“

Die beabsichtigte Errichtung einer unter der Rechtsaufsicht des Bundes stehenden Stiftung der Sozialversicherungsträger ist per se zu begrüßen. Bislang fehlte es in Deutschland an einer Institution, die die unterschiedlichen Präventionsaktivitäten bündelt und koordiniert. Dementsprechend erscheinen die der Stiftung zugewiesenen Aufgaben als sachgerecht.

- Festlegung von bundesweit gültigen Präventionszielen,
- Einleitung von bundesweiten Kampagnen,
- Festlegung von allgemeingültigen Qualitätskriterien,
- Auswahl von Modellprojekten.

Als Organe der Stiftung sind vorgesehen:

- der Stiftungsrat,
- der Vorstand,
- das Kuratorium
- der wissenschaftlichen Beirat

(1) Stiftungsrat

Dem 30-köpfigen Stiftungsrat als wichtigstem Stiftungsorgan sollen 23 Vertreter der Sozialversicherungszweige, drei Vertreter des Bundes, drei Vertreter der Länder und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände angehören. Bedenklich erscheint nun, dass per Gesetz schon vorab festgelegt wird, wer im eigentlichen Entscheidungsgremium – dem Stiftungsrat - Sitz und Stimme hat. Dies sollte eigentlich Sache der geldgebenden „Stifter“, also der Sozialversicherungsträger, sein und von diesen bestimmt werden. Schon diese gesetzliche Vorgabe ist im Hinblick auf das Stiftungsrecht bedenklich.

(2) Kuratorium

Beim 16-köpfigen Kuratorium ist offenbar an ein „Beratergremium“ gedacht, das aufgrund seines Erfahrungswissens Empfehlungen zu den bundeseinheitlichen Präventionszielen abgeben soll. Hier fehlt es zum einem Hinweis, wie diese Empfehlungen durch den Stiftungsrates aufzufassen und umzusetzen sind, zum anderen ist wiederum fragwürdig, warum auch im Kuratorium abermals Vertreter aus Bund, Ländern und Kommunen vertreten sein sollen.

Insgesamt gewinnt man den Eindruck einer gewissen „Staatslastigkeit“ bei der Besetzung der Gremien. Die gesetzte Mitgliedschaft im Kuratorium für das RKI, die BZgA, die Bundesregierung und den Bundesrat ist daher zu streichen, sollten im Stiftungsrat auch weiterhin Bund, Länder und Kommunen vertreten sein. Ansonsten wäre umgekehrt auch im Kuratorium den Sozialversicherungsträgern eine Mitgliedschaft einzuräumen

Darüber hinaus muss dafür gesorgt werden, dass Entscheidungen des Stiftungsrates im Hinblick auf Empfehlungen des Kuratoriums besser nachvollzogen werden können (Transparenz!).

(3) Finanzierung der Stiftung

Nach dem aktuellen Gesetzentwurf soll die Stiftung mit einem Anfangsvermögen in Höhe von 500.000 EUR ausgestattet werden; über die Höhe der als Endbetrag vorgesehenen 50 Mio. EUR gibt es höchst unterschiedliche Meinungen: Beispielsweise wird seitens der Sozialversicherungsträger in der „Startphase“ ein Betrag in Höhe von 12,5 Mio. EUR für ausreichend erachtet.

Hierbei ist Folgendes zu bedenken: Die Stiftung soll in operativer Hinsicht vorrangig für Kampagnen zuständig sein. Wirklich effektive Präventionskampagnen mit hoher Reichweite können kostenträchtig sein. Allein für eine flächendeckende HIV- / Geschlechtskrankheiten-Präventionskampagne müsste ein Etat von 20 bis 25 Mio. EUR veranschlagt werden. Nichtraucherkampagnen wären dagegen schon mit etwa 9 Mio. EUR erfolgreich durchführbar. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass die Art der Kampagne den Etat bestimmt.

Aufgrund dieser Schlussfolgerung kann die Frage der Finanzausstattung der Stiftung an dieser Stelle nicht endgültig beantwortet werden, zumal eben nicht klar wird, wo genau die Abgrenzung zwischen künftigen Kampagnen der Stiftung und denen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verlaufen soll.

2. Regelungen zur Landesebene: „Präventionsgesetz“, insbesondere §§ 17, 18 und 19

Bei den Regelungen zur Landesebene zeichnen sich vielfältige Probleme ab. Am Ende bleiben hier auch die meisten Fragen offen.

Das momentane Hauptproblem von Schulen, Kindergärten und anderen außerbetrieblichen Settings besteht allein in praktischer Hinsicht darin, dass die Träger dieser Einrichtungen vor vielfältigste Probleme gestellt werden, wenn sie die Förderung einer Präventionsmaßnahme beantragen: Zum einen gibt es eine wahre Flut unterschiedlichster Antragsformulare, zum anderen eine Vielzahl von Krankenkassen, die als potentielle Geldgeber in Betracht kämen. Jeder Träger eines außerbetrieblichen Settings hat sich demzufolge stets durch einen bürokratischen Dschungel zu kämpfen.

In rechtlicher Hinsicht ist Folgendes zu beachten: Die Sozialversicherungsträger dürfen die von ihnen eingezogenen Beiträge nur für Projekte und Maßnahmen einsetzen, mit denen sie ihre eigenen Versicherten und Beitragszahler auch erreichen. Projekte, die auch oder gar überwiegend andere Versicherte erreicht werden, sind nach bisher gültigem Recht unzulässig und verbieten sich von selbst.

Rechtlich unbedenklich ist dagegen, wenn sich die Sozialversicherungsträger freiwillig auf die gemeinsame Förderung von außerbetrieblichen Settings verständigen. Dies kann in vielen Fällen ein sehr unbürokratischer Weg sein, mit dem die unterschiedlichen Sozialversicherungszweige ihre originär bei ihnen Versicherten in (miteinander) abgestimmter Weise auch erreichen. Schon nach der heute gültigen Rechtslage ist dies möglich und wird in vielen Fällen auch angewandt.

Mit dem Präventionsgesetz wird nun der Versuch unternommen, die aufgezeigten Probleme auf der Landesebene gesetzlich zu lösen. Dies scheint nicht gelungen zu sein:

1. Folgende Instrumente sind vorgesehen:

a) Gemäß § 17 Abs. 1 und 2 PrävG haben die sozialen Präventionsträger im Zusammenwirken mit den für Prävention und Gesundheitsförderung in den Ländern und Kommunen zuständigen Stellen gemeinsam und einheitlich Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten zu erbringen. Die Leistungen werden auf Antrag des Trägers der Lebenswelt erbracht, um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für die Lebenswelt die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen zu entwickeln.

Nach § 18 Abs. 1 PrävG schließen die „sozialen Präventionsträger“ mit den für Prävention zuständigen Stellen in den Ländern gemeinsame „Rahmenvereinbarungen“ ab. Der Begriff der Rahmenvereinbarung wird nicht näher definiert, allerdings gibt der Gesetzgeber vor, was in einer Rahmenvereinbarung mindestens zu regeln ist, nämlich

- die Bildung eines gemeinsamen Entscheidungsgremiums der „sozialen Präventionsträger“ und der in Ländern und Kommunen zuständigen Stellen
- die Besetzung des gemeinsamen Entscheidungsgremiums,
- die bei den Entscheidungen einzuhaltenden Verfahren einschließlich der Stimmbe-
rechtigung und der für die Beschlussfassung erforderlichen Mehrheiten,
- die Organisation der Mittelaufbringung
- Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung („regionaler Präventionsbedarf“).

b) Für den Fall, dass eine gemeinsame Rahmenvereinbarung nicht zustande kommt, regelt §18 Abs. 5 PrävG Folgendes:

„Kommt eine gemeinsame Rahmenvereinbarung nicht bis zum (...) zustande, wird die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten mit den in Absatz 1 Satz 2 festgelegten Mindestinhalten und auf der Grundlage der für die Ausführung von Leistungen nach § 17 geltenden Vorschriften durch Rechtsverordnung der Landesregierung bestimmt. Dabei ist im gemeinsamen Entscheidungsgremium die Vertretung aller beteiligten Sozialversicherungszweige vorzusehen. Im Übrigen ist die Zusammensetzung des Gremiums insbesondere am Umfang der für Leistungen nach § 17 Abs. 1 aufgebrauchten Mittel auszurichten. Erlaubt die Rechtsverordnung Mehrheitsentscheidungen, ist durch geeignete Verfahrensregelungen sicherzustellen, dass die Interessen aller beteiligten Sozialversicherungsträger hinreichend gewahrt sind.“

2. Würdigung:

Abgesehen davon, dass aufgrund der genannten Regelungen neue Bürokratien geschaffen werden sollen, erscheinen die Regelungen auch in rechtlicher Hinsicht problematisch:

a) Gemäß § 29 Absatz 1 SGB IV sind die Sozialversicherungsträger „rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung“. Sie erfüllen im Rahmen des Gesetzes und des sonst für sie geltenden Rechts ihre Aufgaben in eigener Verantwortung (§ 29 Abs. 3 SGB IV). Nach § 30 SGB IV dürfen die Versicherungsträger nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben führen und ihre Mittel nur für diese Aufgaben einsetzen. Den Versicherungsträgern dürfen Aufgaben anderer Versicherungsträger und Träger öffentlicher Verwaltung nur auf Grund eines Gesetzes übertragen werden; dadurch entstehende Kosten sind ihnen zu erstatten (§ 30 Abs. 2 SGB IV). Dies bedeutet, dass die Sozialversicherungsträger die von ihnen eingezogenen Beitragsmittel ausschließlich ihrem eigenen Versichertenkreis zugute kommen lassen dürfen. Nur in absoluten Ausnahmefällen können ihnen weitergehende Aufgaben anderer Sozialversicherungszweige oder Aufgaben staatlicher Verwaltungsträger übertragen werden. Später müsste dann aber eine Kostenerstattung erfolgen.

Diesen Grundsätzen wird der vorliegende Referentenentwurf nicht gerecht. Im Gegenteil: Für jede Lebenswelt soll gelten, dass alle Sozialversicherungsträger zugleich verantwortlich seien („gemeinsam und einheitlich“) ohne Rücksicht auf den jeweils bestehenden Versichertenkreis. Dies widerspricht dem bewährten Prinzip des gegliederten Sozialversicherungswesens in Deutschland.

Im Gesetzesentwurf wird die Prävention zu Recht als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ bezeichnet. Damit wird aber zugleich intendiert, dass auch die staatlichen Ebenen – hier Länder und Gemeinden - einen finanziellen Beitrag in Lebenswelten leisten müssten. Auch bei näherem Hinsehen findet sich an keiner Stelle des Gesetzestextes ein entsprechender Hinweis. Die gesamtgesellschaftliche Verantwortung bei der Prävention wird demnach beim Thema „Finanzierung“ ausgeblendet. Stattdessen dürfen aber staatliche Vertreter mitentscheiden, wenn es um die Verteilung der Beitragsmittel geht. Allein dieser Umstand verstößt schon gegen die strikte Trennung von Selbstverwaltung und Staat.

Für den Fall, dass ein Sozialversicherungsträger im gemeinsamen Entscheidungsgremium überstimmt wird, droht sogleich die doppelte Gefahr, dass seine Beitragsmittel für Projekte eingesetzt werden, mit denen entweder keiner seiner Versicherten erreicht wird (z.B. Förderung eines Kindergartenprojektes durch die Rentenversicherung) oder mit denen originär staatliche Aufgaben (z.B. die des ÖGD der Länder) erfüllt werden. Beide Konstellationen sind unter keinen Umständen zu rechtfertigen.

Wenn das Präventionsgesetz keinen Bruch mit den bisherigen Prinzipien des Sozialversicherungsrechts und der Selbstverwaltung herbeiführen soll, dann müsste als weiterer Mindestgehalt einer Rahmenvereinbarung ausdrücklich festgelegt werden, dass die letztendliche Entscheidungshoheit über die Mittelvergabe ausschließlich bei den Sozialversicherungsträgern als alleinigen Finanziers verbleibt und nicht einem heterogen zusammengesetzten „Entscheidungsgremium“ überantwortet wird.

b) Kritisch anzumerken ist auch, dass der Gesetzesentwurf keine Bundesrahmenempfehlung für die Rahmenvereinbarungen vorsieht. Im Ergebnis könnten diese in jedem Bundesland völlig unterschiedlich ausfallen, was v.a. mit Blick auf bundesweit agierende Sozialversicherungsträger problematisch werden kann. In der Konsequenz könnte das bedeuten, dass sich ein Sozialversicherungsträger an 16 länderspezifische Vereinbarungen oder auch Zielkatalogen ausrichten müsste. Insbesondere bundesweit einheitliche Orientierung an Präventionszielen darf durch die Länderebene nicht aufgeweicht werden.

c) Wenn nun eine gemeinsame Rahmenvereinbarung nicht zustande kommt, wird ein staatliches Organ, nämlich die Landesregierung, ermächtigt, das Nähere durch Rechtsverordnung zu regeln. Der oft zitierte staatliche Griff in die Taschen der Sozialversicherungsträger springt hier förmlich ins Auge. Die Formulierung, dass die *„Interessen aller beteiligten Sozialversicherungszweige hinreichend gewahrt bleiben müssen“*, reicht jedenfalls nicht aus, um Rechtssicherheit zu schaffen. Die Formulierung *„hinreichend gewahrt“* ist viel zu unbestimmt und lässt einen weiten Beurteilungsspielraum zu, ohne dahingehend Grenzen aufzuzeigen.

d) Letztlich muss die Frage aufgeworfen werden, ob es überhaupt Sinn macht, das Prinzip der Freiwilligkeit aufzugeben und stattdessen auf gesetzliche Vorgaben über die Art und Weise der Kooperation (Rahmenvereinbarungen) zu setzen. Wie man sieht, stößt man bei diesem Unterfangen schnell auf rechtliche Hindernisse und an gesetzliche Grenzen. Rechtlich eindeutig wäre nur die Formulierung, dass gegen den Willen des jeweiligen Sozialversicherungsträgers nicht über seine Mittel entscheiden werden darf.

Damit stehen die Träger von Lebenswelten aber wieder vor denselben Problemen wie heute.

3. Weitere Kritikpunkte:

1. Gegenfinanzierung

Offen bleibt die Frage, wie die zusätzlich aufzubringenden Mittel eigentlich gegenfinanziert werden sollen. Im Falle der Rentenversicherung wird unter dem Abschnitt *„Finanzielle Auswirkungen“* (S. 77) ausdrücklich vorgesehen, dass die *„Mehraufwendungen durch Einsparungen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auszugleichen sind“*. Das heißt im Klartext: Primärprävention geht zu Lasten der Tertiärprävention. Dies kann nun wirklich nicht das Ziel eines Präventionsgesetzes sein!

2. Aktivitäten der Länder

Aus dem vorliegenden Gesetzeswortlaut geht aus keiner Passage hervor, ob und wie die Länder ihre bisherigen Aktivitäten auf dem Feld der Prävention weiterhin aufrechterhalten sollen oder müssen. Es bedarf keiner großen Fantasie, dass die Versuchung staatlicherseits groß sein wird, sich selbst nach und nach aus der eigenen finanziellen Verantwortung zu verabschieden, wie dies in der Vergangenheit immer wieder der Fall war.

3. Schnittstellenproblematik

Überdies dürfte es in der konkreten Umsetzung der neuen Präventionsaufgaben zu großen Problemen bei der Abgrenzung von Zuständigkeiten kommen. Insbesondere Renten- und Pflegeversicherung, die bisher keinen gesetzlichen Auftrag im Hinblick auf Primärprävention hatten, dürften es schwer haben, ihre neuen Aufgabenfelder ohne Reibungsverluste bei Zuständigkeits- und Schnittstellenfragen nach dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu erfüllen. Demzufolge besteht auch bei den Aufgabenbeschreibungen für die einzelnen Sozialversicherungsträger erheblicher Konkretisierungsbedarf.

Berlin, den 17. Februar 2005

gez.

Ulf Fink, Senator a.D.
Vorsitzender der „AG Präventionsgesetz“