

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock

Leiter der Forschungsgruppe
Public Health

Tel. 030-25491-571
Fax 030-25491-556
rosenbrock@wz-berlin.de

Berlin, den 03. März 2005

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0816(26)
vom 04.03.2005

15. Wahlperiode**

Statement zum Präventionsgesetz

(Anhörung vor dem Bundestagsausschuss für Gesundheit am 9. März 2005)

I. Zu begrüßen:

Prävention, v. a. nicht medizinische Primärprävention wird durch den vorliegenden Gesetzentwurf auf eine breitere Basis gestellt:

- Prävention wird – neben Kuration, Rehabilitation und Pflege - als eigenständige Säule des Systems der Gesundheitssicherung anerkannt. Das geeignete und von mir und vielen anderen Gesundheitswissenschaftlern seit vielen Jahren geforderte Instrument hierfür ist ein Bundesgesetz.
- Die Orientierung auf die Verminderung sozial bedingter und geschlechterbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen zielt auf gesundheitspolitisch zentrale Herausforderungen unserer Zeit uns gesellt Deutschland insoweit den gesundheitspolitisch führenden Nationen Europas bei.

- Entscheidungen über das ‚ob‘ und ‚was‘ und ‚wie‘ der Prävention werden aus den – wettbewerbsbedingten - Fehlanreizen der einzelnen Krankenkasse befreit.
- Insgesamt verspricht die Umsetzung des Gesetzes etwas mehr Ressourcen für Prävention als bisher.

II. Ambivalent:

Weil Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, hätte eine Finanzierung aus Steuermitteln ‚an sich‘ näher gelegen. Allerdings ist eine Finanzierung aus Beitragsmitteln der Sozialversicherungen im deutschen Sozialmodell akzeptabel, da die einzelnen Bücher des Sozialgesetzbuches ohnehin

wesentliche Aufgaben der Prävention enthalten, und die Sozialversicherungsträger als Parafisci durch Gesetz durchaus auch zur Erfüllung (weiterer) gesamtgesellschaftlicher Aufgaben herangezogen werden können. Als Parafisci sind die Sozialversicherungen Instrumente der staatlichen Sozial- und damit auch Präventionspolitik. Die Lösung über die Sozialversicherungsträger ist allerdings ordnungspolitisch nur dann logisch, wenn alle Sozialversicherungen, also auch die Arbeitslosenversicherung, einbezogen werden (s. u.). Allerdings impliziert die Verlagerung der Finanzierung auf die Sozialversicherungen im deutschen korporatistischen Modell auch die Einbeziehung der Selbstverwaltung und schafft damit einen sehr hohen Konsensbedarf als Voraussetzung für das Funktionieren des Gesetzes bzw. der Prävention. Das hat Zeit- und Reibung- und absehbar auch Effizienzverluste zur Folge. Auf der anderen Seite ermöglicht die verantwortliche Einbeziehung der Sozialversicherungsträger auch die Nutzung der spezifischen Zugangswege der Sozialversicherungen und auch die Nutzung ihres, v. a. bei den Institutionen der GKV, hoch entwickelten Know-how sowie ihrer Infrastruktur

III: Prävention kann jetzt besser werden

- durch die Bündelung von Ressourcen auf einzelne Themen bzw. Krankheiten bzw. Settings bzw. Gruppen durch die Verpflichtung auf Zielbezug der Prävention
- durch die Verpflichtung auf Qualitätssicherung
- durch die Verankerung moderner Ansätze in der Prävention:
 - Unterscheidung in die drei Ebenen: Intervention in Lebenswelten (Setting-Projekte, Hilfe zur individuellen Verhaltensmodifikation und – als übergreifender Ansatz – nationale, bevölkerungsbezogene Kampagnen (die allerdings im vorliegenden Entwurf noch nicht explizit genannt oder gar zutreffend definiert sind, s. u.))
 - Berücksichtigung von Verhalten und Verhältnissen

- Berücksichtigung der Ressourcenstärkung (Gesundheitsförderung) als integralem Bestandteil moderner Prävention

IV. Kritik

- an der Struktur: Es fehlen wichtige Akteure
 - Bundesagentur für Arbeit/Arbeitslosenversicherung. obwohl Klientel mit hohem Gesundheitsbelastungen sowie Morbiditäten und Mortalitäten sowie auch hohen präventiven Potenzialen, obwohl SGB III (und erst recht: die vom BMGS in Auftrag gegebene Expertise von Prof. Ulla Walter, Hannover April 2003) viele primärpräventive Interventionen zur Erhaltung bzw. Wiedererlangung der Beschäftigungsfähigkeit vorsieht, und obwohl im Bereich der BA in der Öffentlichkeit – zu Recht – derzeit ein Übergewicht des ‚Forderns‘ gegenüber dem ‚Fördern‘ konstatiert und kritisiert wird. Arbeitslosigkeit ist eine der meist verbreiteten Ursachen für die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen. Auch unter dem ‚Generalthema‘ des Gesetzes macht die Aussparung der BA keinen Sinn.
- Private Krankenversicherung: Wenn die PKV keinen Beitrag leistet, bleibt sie auf dem Gebiet der Prävention - wie auf vielen anderen Gebieten auch - im Hinblick auf die Strukturentwicklung der Gesundheitssicherung Trittbrettfahrer der GKV. Und dies, obwohl soziale Verpflichtung, Handlungsmöglichkeiten und Ressourcen vorhanden sind. Politisch wird eine Selbstverpflichtung der PKV zur Finanzierung und Mitarbeit gefordert und erwartet
- an den Prozessen/Verfahren: Es fehlt – bei sehr hoher Komplexität der Regelungen - an verbindlicher Verklammerung (an starken Anreizen oder sanktionsbewehrten Instrumenten)
 - zur Herstellung von Koordination der drei Ebenen (Bundesstiftung, ‚Entscheidungsgremien‘ auf Landesebene und individuelle Prävention durch einzelne Sozialversicherungsträger). Durch die derzeitigen Regelungen in den §§ 12 Abs. 3 und 17 Abs. 6 sowie auch § 12 (Stiftung und Entscheidungsgremien beschließen – jeder für sich – Präventionsprogramme etc.) werden zu viele Ausweichmöglichkeiten geschaffen
 - zur Vermeidung von Fehlverwendung der Ressourcen an den Zielen des Gesetzes vorbei
- an den Begrifflichkeiten:
 - § 3,2: Die Legaldefinition für ‚primäre Prävention‘ umfasst lediglich Unterstützung zur Verminderung individuell gesundheitsschädlicher bzw. -riskanter Gesundheitsbelastungen, also Unterstützung zur Verhaltensprävention, nicht jedoch Maßnahmen der Verhältnisprävention oder die seit Jahren im Mittelpunkt der Diskussion und Praxis stehenden Mischformen (,ver-

hältnisgestützte Verhaltensprävention', Setting-Ansätze, Arbeitsschutz etc.). Diese finden sich lediglich unter dem Stichwort ‚Gesundheitsförderung‘ in § 3, Abs. 5. Hier wird auseinander gerissen, was zusammen gehört.

- § 2, No. 2: „Früherkennung von symptomlosen Krankheitsvor- und -frühstadien.“ ist für sich genommen noch keine Prävention, der SVR hat definiert (JG 2000/2001: Sekundärprävention als Entdeckung von biomedizinisch eindeutigen (auch symptomlosen) Frühstadien einer Erkrankung und deren Frühtherapie...“, so wird auch wieder im JG 2005 stehen.
- „Eine Kampagne ist eine systematisch geplante Kombination von Maßnahmen (Einzelprojekten) zur Erreichung gesundheitsbezogener Ziele bei der Gesamtbevölkerung oder definierten Teilgruppen“ (J. Toepfich, BZgA 2004). Bevölkerungsbezogene Kampagnen der nicht-medizinischen Primärprävention (Sicherheitsgurt, Trimm Dich, HIV/Aids) sind etwas Ande

res und wesentlich mehr als Aufklärungskampagnen, und sie sind auch in präventionspolitisch erfolgreichen Ländern ein zentrales Instrument der Gesundheitspolitik. Im vorliegenden Gesetzentwurf kommen Kampagnen nur implizit (als Aufgabe der Bundesstiftung) vor, und auch in der Gesetzesbegründung reduzieren sich Kampagnen auf ‚Aufklärungskampagnen‘ (S. 7)

- an der Regelung der Qualitätssicherung (QS): Es ist eine der großen Stärken des Gesetzes, dass hinfert jede unter dem Gesetz durchgeführte Prävention qualitätsgesichert stattfindet. Die sozialen Präventionsträger (Sozialversicherungen und Stiftung) (SPT) tragen hier eine große Verantwortung, weil die weiter zu verbessernde Wirksamkeit v. a. nicht-medizinischer Primärprävention von der ‚Qualität der Qualitätssicherung‘ abhängt. Deshalb muss die Rolle der SPT in der QS gestärkt werden.
 - § 20, Abs. 1 PräV Gesetz sollte deshalb lauten: „Leistungen zur Verhaltensprävention nach § 15 dürfen grundsätzlich nur erbracht werden, wenn ihre Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen ist und sie qualitätsgesichert erbracht werden. Ist die Wirksamkeit nicht ausreichend nachgewiesen, soll zwischen dem Leistungsträger und dem Erbringer der Leistung vertraglich festgelegt werden, dass sie innerhalb einer angemessenen Frist begleitend nachzuweisen ist...“ (Die in der derzeitigen Fassung vorgesehene Regelung, nach der der Leistungserbringer die Erbringung des Wirksamkeitsnachweises zu finanzieren hat, ist nicht einsichtig und verringert auch die Einflussmöglichkeiten der SPT.)
 - Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung ist von besonderer Bedeutung bei Projekten und Programmen in Lebenswelten, weil dort nicht in jedem Einzelfall ein Wirksamkeitsnachweis erforderlich oder auch möglich ist. § 17 Abs. 4 sollte deshalb um die Verpflichtung zur QS erweitert werden. Vorschlag: „Leistungen nach Abs. 1 können erbracht werden, wenn die

Beteiligung der Betroffenen sichergestellt ist, die Bereitschaft des Trägers zur Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen sowie zur Teilnahme an der Qualitätssicherung der Leistungen besteht und er einen angemessenen Eigenanteil für die Leistung übernimmt.“

- Um einheitliche Standards und hohe Qualität der QS zu gewährleisten, muss ihre Gestaltung im Einflussbereich der SPT liegen. Die nach § 17, Abs. 5 von den SPT zu finanzierenden Leistungen sollten deshalb alle vier Phasen des Interventionszyklus enthalten, also neben der gesundheitsbezogenen Bedarfsermittlung (§ 17 Abs. 5, No.1), dem Management der Gesundheitsförderung (ebd. No. 2), ggf. den Maßnahmen selbst (ebd., No. 3) auch die Qualitätssicherung. Also anfügen an § 17 Abs. 5: „4. die erforderlichen Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und zur Ermittlung der Wirksamkeit.“