

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0816(17)
vom 03.03.2005**

15. Wahlperiode

Stellungnahme zum Entwurf eines „Gesetzes zur gesundheitlichen Prävention“

	des Instituts für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln &
	dem Zentrum für Gesundheit der Deutschen Sporthochschule Köln

Leitung: Prof. Dr. Ingo Froboese

Berlin, 09. März 2005

A Allgemein

Das Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH (IQPR) und das Zentrum für Gesundheit (ZfG) begrüßen und unterstützen die Bemühungen um ein Präventionsgesetz. Die Erfahrungen des SGB IX zeigen, dass die Zusammenfassung und Fortentwicklung von in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern verteilten Vorschriften einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der jeweiligen Säule im Gesundheitssystem beitragen können.

Bei allen an der Prävention Beteiligten besteht Konsens hinsichtlich des Anliegens, die Prävention weiter aufzuwerten. Unterschiedliche Auffassungen gibt es jedoch darüber, wie dieses Ziel erreicht werden soll. Bei dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention sehen das IQPR und das ZfG in folgenden Punkten Diskussionsbedarf:

B Inhaltliche Stellungnahme

1. Insgesamt entspricht der aktuelle Gesetzentwurf nur eingeschränkt bisher der vom BMGS aufgestellten Forderung, Prävention zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe zu machen.

Der Entwurf setzt sich in erster Linie mit den Verantwortlichkeiten der gesetzlichen Präventionsträger auseinander und regelt die diesbezügliche Zusammenarbeit auf Bundes- und Länderebene sowie die Aufgaben der Stiftung Prävention, des Robert-Koch-Instituts und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Es wird nicht deutlich, wie dem Anliegen der Prävention über die Verantwortlichkeiten der genannten Institutionen hinaus Rechnung getragen werden kann.

Insbesondere gilt es zu verhindern, dass sich Bund, Länder und Gemeinden bei der Finanzierung von präventiven Maßnahmen zurückziehen. Der Gesetzentwurf beinhaltet ausschließlich finanzielle Regelungen, die die Präventionsträger betreffen. Deren Beitragseinnahmen müssen jedoch einen konkreten Versichertenbezug aufweisen. Präventive Maßnahmen müssen also den Versicherten und den Beitragszahlern zugute kommen. Es gilt zu verhindern, dass die Mittel sachfremd für die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens oder der allgemeinen Gesundheitsvorsorge verwendet werden, was einem Verstoß gegen die Finanzverfassung des Grundgesetzes gleichkäme.

Darüber hinaus stellt sich Frage, wie andere Institutionen eingebunden werden können, um Prävention zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe zu erheben. Offen bleiben z.B. eine Beteiligung und die Verantwortung der privaten Krankenkassen. Nicht ausreichend berücksichtigt erscheinen auch die verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter etc. sind wichtige Ansprechpartner, wenn es um Informationen über einen präventiven Lebensstil geht und die Betroffenen hierzu motiviert und angeleitet werden müssen. In diesem Zusammenhang ist zudem die Rolle der Medien zu beachten. Über ihren öffentlich-rechtlichen Bildungsauftrag können sie die Bevölkerung für die Bedeutung präventiven Verhaltens nachhaltig sensibilisieren. Schließlich bleibt der Aspekt außen vor, wie gesundheitliche Prävention auch im Zuge anderer Gesetzgebungsverfahren – gerade diejenigen, die direkte Auswirkungen auf die Gestaltung der Lebenswelten haben – angemessen integriert wird.

2. Der vorliegende Gesetzentwurf besetzt direkt keine Handlungsfelder für präventive Maßnahmen.

Abschnitt 1 des Gesetzentwurfs enthält nur eine allgemeine Absichtserklärung, was mit dem Präventionsgesetz erreicht werden soll. Nach § 1 PräVG ist dies die altersadäquate Erhaltung und Steigerung der Gesundheit, Lebensqualität, Selbstbestimmung und Beschäftigungsfähigkeit. § 3 PräVG hebt hervor, dass die Maßnahmen der Prävention vor allem danach auszurichten sind, dass sie sozial bedingte und geschlechtsbezogene Un-

gleichheiten von Gesundheitschancen abbauen. Präventionsziele werden nicht benannt, sondern sind nach dem in Abschnitt 3 PräVg beschriebenen Verfahren zu entwickeln. Es werden lediglich Kriterien zur Ermittlung der Ziele und Teilziele angegeben (§ 11 Abs. 3 PräVg) und vorgegeben, dass bis zur Entwicklung der Abschlussbericht von ‚gesundheitsziele.de‘ heranzuziehen ist. Dort haben mehr als 70 Organisationen des Gesundheitswesens folgende Ziele formuliert:

- Diabetes Mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen
- Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen
- Tabakkonsum reduzieren
- Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung
- Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Die Auswahl und Schwerpunkte der Ziele lassen erkennen, dass es sich bei den Maßnahmen, die zur Zielerreichung erforderlich wären, nicht nur um Maßnahmen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung (Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Suchtprävention) handelt. Gerade diese sollen aber Gegenstand nach Abschnitt 3 PräVg sein.

Wiederum andere Schwerpunkte in der Zielsetzung lassen sich auf Länderebene finden, z.B. die kürzlich neu festgelegten ‚NRW-Gesundheitsziele‘. Hier wird zwischen krankheitsbezogenen Zielen und Strukturzielen unterschieden:

Krankheitsbezogene Ziele

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen reduzieren
- Krebs bekämpfen
- Rückenleiden minimieren
- Sucht bekämpfen
- Depressionen erkennen und behandeln

Strukturziele

- Gesundheitsförderung und Prävention ausbauen (Vor allem bei Kindern und Jugendlichen Gesundheit fördern und Krankheit verhüten)
- Bürgernähe schaffen und Gesundheitsverantwortung fördern (Kompetenzen und Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger stärken und ihre Mitwirkungsmöglichkeiten ausbauen)
- Neue Versorgungsformen entwickeln (Integrierte und kooperative Versorgungskonzepte umsetzen und bürgernahe Strukturen schaffen)
- Gesundheitsinformationen weiterentwickeln (Datengrundlagen und Gesundheitsberichterstattung weiterentwickeln und neue Medien ausbauen)
- Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich stärken (Innovative Ansätze fördern und neue Erkenntnisse in Versorgung und Public Health gewinnen)

Die Benennung länder- und kommunalspezifischer Handlungsfelder ist sinnvoll, weil nur so die regionalen Gegebenheiten erfasst werden können. Es stellt sich allerdings die Frage, ob der Gesetzentwurf nicht zumindest übergeordnete Handlungsfelder definieren sollte, die zukünftig im Mittelpunkt der Präventionsaktivitäten stehen. Die Ausgestaltung der Handlungsfelder wird davon abhängig sein, ob der Gesetzentwurf sich wie bisher auf Maßnahmen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung beschränkt oder auch die sekundäre und tertiäre Prävention umfasst.

3. Es fehlt weiterhin eine klare und einheitliche begriffliche Definition der verschiedenen Präventionsbegriffe.

Da die Handlungsfelder nicht klar sind, resultieren daraus Definitionen und Abgrenzungen von Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention, die so nur bedingt Klarheit und Transparenz bringen und insgesamt zu kurz greifen.

Da sich die primäre Prävention vom Ansatz her auf ‚gesunde Menschen‘ bezieht, sind hier im Vergleich zu den anderen Präventionsbegriffen andere Inhalte, Methoden und Maßnahmen sinnvoll und angebracht. Dies bedeutet beispielsweise, dass eine Vermischung von Maßnahmen und Methoden von primärer und sekundärer Prävention nicht angebracht ist (Bsp. präventives Rückentraining und therapeutische Rückenschule).

Auch die Definition der sekundären Prävention mit der Beschränkung auf Früherkennung spiegelt nicht den wissenschaftlichen Diskussionsstand wieder. Sie greift zu kurz, weil sie sich nur auf passives Analysieren und die Aufklärung und Beratung bzgl. der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen beschränkt. Demnach wird nur etwas mit dem Betroffenen getan, dieser aber nicht zum selbständigen Handeln aktiviert. Diese Philosophie wird bei den anderen Definitionen wesentlich stringenter verfolgt. Die sekundäre Prävention sollte daher dahingehend ergänzt werden, dass aufbauend auf der Diagnose weitere Handlungsschritte bzw. Interventionsmöglichkeiten eingeleitet bzw. aufgezeigt werden sollten.

Schließlich bringt die Definition der tertiären Prävention Abgrenzungsschwierigkeiten zu den Bereichen der Rehabilitation und der Pflege mit sich. Nach § 3 Abs. 4 Nr. 4 PräVG kann die tertiäre Prävention als medizinisch-therapeutische Maßnahme im Rahmen von Leistungen zur Rehabilitation – das SGB IX spricht von Leistungen zur Teilhabe – erbracht werden. Bzgl. § 3 Abs. 4 Nr. 6 PräVG (pflegerische Maßnahmen) ist die Abgrenzung zur aktivierenden Pflege nicht eindeutig.

4. Die Aufwertung der präventiven Säule darf nicht mit dem Abbau anderer Säulen der gesundheitlichen Versorgung einhergehen.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll die Stärkung der gesundheitlichen Prävention vor allem durch die Verbesserung der Strukturen, nicht aber durch erhebliche Leistungsausweitungen realisiert werden. Dennoch wird insgesamt mit Mehraufwendungen der Präventionsträger allein für das Jahr 2008 von 23 Mio. € gerechnet (ohne Stiftungseinlage). Zu erwartende Einsparpotenziale können noch nicht beziffert werden.

Die durch den erweiterten Präventionsauftrag bedingten Mehraufwendungen der RV (einschließlich der Alterssicherung der Landwirte) liegen bis zum Jahr 2008 bei 40 Mio. €. In den kommenden Jahren ist dieser Betrag entsprechend der Entwicklung des Durchschnittsentgelts der RV zu dynamisieren. Diese Mehraufwendungen sollen durch Einsparungen bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgeglichen werden. Jedoch wird in diesem Leistungsbereich z.B. aufgrund der demographischen Entwicklung und der Ausweitung des Personenkreises, der in den Verantwortungsbereich der RV fällt (Arbeitsmarktreformen, Hartz IV), ein steigender Bedarf erwartet. Eine Reduzierung der Finanzmittel für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kann somit nicht dem gesundheitspolitischen Ziel dienen, beide Säulen im Vergleich zur Akutbehandlung aufzuwerten.

Ähnliches gilt für die gesetzliche Pflegeversicherung. Den jährlich zu erbringenden 10 Mio. € werden keine konkreten Einsparungen gegenübergestellt – lediglich die zu erwartenden langfristigen Einsparungen durch die Reduzierung des Pflegebedarfs. Kurzfristig ist daher mit einer weiteren Belastung der Finanzsituation der Pflegeversicherung zu rechnen. Eine weitere Belastung der Beitragssätze oder alternativ die Einschränkung von Pflegeleistungen wären mögliche Folgen.

5. Die Schnittstelle zum Bereich Rehabilitation/Leistungen zur Teilhabe wird in dem aktuellen Gesetzentwurf nicht ausreichend thematisiert.

Der Entwurf konzentriert sich im Wesentlichen auf den Bereich der Primärprävention. Es ist nicht ersichtlich, warum nicht auch die Bereiche der sekundären und tertiären Prävention einer neuen Zielorientierung und Koordinierung unterliegen sollten und sich an den Vorschriften des Präventionsgesetzes orientieren sollten. Z.B. ist die Verhütung der Verschlimmerung von Behinderungen die Aufgabe der tertiären Prävention. Die Rehabilitationsträger sehen nun in ihrer gemeinsamen Empfehlung zur Prävention (Stand Entwurf 16.12.2004) vor, die Qualitätssicherung ihrer Maßnahmen zur (tertiären) Prävention nach § 20 SG IX auszurichten. Die Qualitätssicherung von Leistungen der primären Prävention hingegen wird nach § 20 Präventionsgesetz vorgenommen. Im Ergebnis unterliegt die Prävention demnach keiner einheitlichen Qualitätssicherung.

6. Die Rolle der Eigenverantwortung zur Prävention ist in dem Gesetzentwurf hinreichend berücksichtigt.

§ 5 PräVG sieht eine gesundheitsbewusste Lebensführung und eine angemessene Beteiligung an Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention vor. Damit wird die Verantwortung des Einzelnen betont. Wie die angemessene Beteiligung auszusehen hat, wird nicht näher definiert. Dies ist aber auch nur für den jeweiligen Einzelfall genauer abzuklären, da die Ressourcen, Fähigkeiten und die Motivation zum gesundheitsgerechten Verhalten unterschiedlich ausgeprägt sind. Allgemeine Aussagen erscheinen daher schwierig.

In Anbetracht der am weitesten verbreiteten Krankheitsbilder ist anzustreben, dass insbesondere eine gesündere Ernährung, mehr Bewegung, Stressreduktion und die Reduzierung des Suchtmittelkonsums durch den Einzelnen in den Vordergrund gestellt werden. Hierfür müssen der Bevölkerung entsprechende Angebote unterbreitet werden. Die Stärkung der Eigenverantwortung – und damit die Beteiligung an den Maßnahmen – ist nach § 6 Abs. 2 PräVG Aufgabe der Präventionsträger. Zu beachten ist die Vorgabe von § 3 Abs. 1 PräVG, wonach die Maßnahmen der Prävention sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheiten von Gesundheitschancen ausgleichen sollen.

Ein zu stark ausformulierter Zwang zum präventiven Verhalten dürfte eher zu einer ablehnenden Haltung hinsichtlich präventiver Aktivitäten führen. Zudem ist zu befürchten, dass die Gewährung von Präventionsleistungen zu sehr davon abhängig gemacht wird, inwieweit der Einzelne bereits selbst präventiv gehandelt hat. Dies würde dem Auftrag nach § 3 Abs. 1 PräVG widersprechen.

7. Die Ausweitung des Finanzvolumens für präventive Leistungen ist zu begrüßen, jedoch sind Verschiebeprioritäten hinsichtlich der Aufbringung finanzieller Mittel für die Prävention zu verhindern.

Prävention und Rehabilitation nehmen bei den verschiedenen Sozialversicherungsträgern nur einen geringen Prozentsatz des Ausgabevolumens ein. Der überwiegende Ausgabenblock ist z.B. bei der GKV die Akutversorgung und bei der GRV die Auszahlung der gesetzlichen Rentenansprüche. Unter Berücksichtigung der Zielvorstellung – die präventive Säule des Gesundheitswesens zu stärken – ist nicht davon auszugehen, dass dieses Ziel ausschließlich durch das Definieren von Präventionszielen und eine Verbesserung der Kooperation auf Bundes-, Landes- und Sozialträgererebene zu erreichen ist. Auch die zur Verfügung stehenden Mittel für präventive Leistungen müssen ausgeweitet werden. Insofern erscheint die geplante Summe von 250 Mio. Euro nicht überhöht.

Die Mittelaufbringung sollte sich nach dem Präventionsbedarf richten. Es gibt genügend Anzeichen dafür, dass dieser Bedarf steigen wird (u.a. demographische Entwicklung, Zunahme chronischer Krankheiten, Adipositas und zunehmendes Suchtmittelverhalten gerade bei Kindern und Jugendlichen, Bedeutung von psychosozialen Beanspruchungen insbesondere im Arbeitsleben). Daher scheint die Diskussion über den Umgang mit übrig gebliebenen Finanzmitteln überflüssig, da bei einer genauen Eruiierung des Präventionsbedarfs durch die Sozialversicherungsträger die vorhandenen Mittel ausgeschöpft wer-

den sollten. Dieses Ziel wird auch der Gesetzgeber verfolgen, denn das bisher vorgesehene Finanzvolumen für die Prävention wird von der GKV noch nicht ausgeschöpft. Die Verteilung der Finanzmittel auf die unterschiedlichen Ebenen (Bund, Länder, Präventionsträger) ist nur z. T. nachvollziehbar. Sicherlich kann es nicht dem Anliegen der Prävention dienen, wenn bewährte präventive Angebote seitens der GKV entfallen müssen, da die Gelder auf die Bundes- und Landesebene verschoben werden. Jedoch hat gerade die GKV durch die Stimmenmehrheit in der Stiftung – und sicherlich auch auf Landesebene – die Möglichkeit, Einfluss auf die Verwendung der Gelder zu nehmen. Eine abschließende Beurteilung über die Umverteilung der Finanzen erscheint derzeit nicht möglich.

Die Regelungen des PräVG dürfen nicht dazu führen, dass Verschiebeparkplätze entstehen. Diese sind vor allem bei der Begutachtungsarbeit des Wissenschaftlichen Beirats und der allgemeinen Aufklärungsarbeit der Stiftung zu sehen. Der eindeutige Versichertenbezug ist bei diesen Aufgaben nicht in dem Umfang gegeben, wie es z.B. bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung oder der Individualprävention der Fall ist. Dieser ist aber bei der Verwendung von Sozialversicherungsbeiträgen einzufordern. Ebenfalls muss verhindert werden, dass die derzeit bestehenden Verantwortlichkeiten der öffentlichen Hand zur Prävention mit Blick auf das entstehende Gesetz vermindert werden. Eine genau definierte Festschreibung des Verantwortungsbereichs der öffentlichen Hand – z.B. für die allgemeine Aufklärungsarbeit – wäre hier anzustreben.

8. Sowohl das Verhältnis des Begriffs der BGF zu den anderen Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention als auch die Zuständigkeits- und Abwicklungsregelungen für die BGF bleiben nach dem vorliegenden Gesetzentwurf unklar.

Begriffliche Unklarheit: § 3 Abs. 5 PräVG beschreibt als ein kennzeichnendes Element der BGF die Unterstützung beim Aufbau individueller gesundheitsbezogener Ressourcen und Fähigkeiten. § 15 Abs. 1 PräVG legt als Ziel von Maßnahmen der Verhaltensprävention die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten fest. Nach dieser Übereinstimmung müsste die BGF also Teil der Verhaltensprävention sein. So weit, so ungenügend. § 3 Abs. 5 Nr. 2 PräVG hält nämlich fest, dass die BGF auch Teil der Lebensweltmaßnahmen sein kann. Auch § 17 PräVG (Maßnahmen in Lebenswelten) regelt ausdrücklich die Gesundheitsförderung, die nach § 3 Abs. 5 PräVG die BGF mit umfasst. Auch der in § 17 Abs. 5 PräVG geregelte Umfang der Lebensweltmaßnahmen entspricht im Wesentlichen dem der BGF nach § 20a SGB V. Darüber hinaus sprechen die anvisierten Änderungen im SGB V (§§ 20 ff. SGB V) dafür, dass die BGF sogar ein völlig eigenständiges, weder § 15 PräVG noch § 17 PräVG, zuzuordnendes Aufgabenfeld ist. Diese Überschneidungen mögen dem bisherigen facettenreichen Charakter der BGF entsprechen. Sie laufen dem Ziel einer begrifflichen Vereinheitlichung und Klärung jedoch diametral zuwider.

Unklare Zuständigkeit, Abwicklung und Finanzierung: Dieser Widerspruch wird noch verstärkt durch die unterschiedlichen Rechtsfolgen, die an § 15 PräVG und § 17 PräVG geknüpft sind, z.B. was die Organisation (§ 15 PräVG: jeder Träger eigenverantwortlich nach seinem Leistungsgesetz; § 17 PräVG: Leistungen zwar nach Maßgabe der Leistungsgesetze, doch nur im durch die Gremien vorgegebenen Rahmen) und die Qualitätssicherung betrifft (§ 20 PräVG). Sollte das so beibehalten werden, ist es möglich, dass ein und dasselbe Konzept einer BGF je nach Einordnung als ‚15er-‘ oder als ‚17er-‘ Maßnahme unterschiedlich abgewickelt wird.

Werden die neuen §§ 20 ff SGB V so auslegt (juristisch durchaus möglich), dass die BGF weder 15er- noch 17er- Maßnahme ist, stellt sich zudem die Frage der Finanzierung. Denn nimmt man den Wortlaut des § 23 PräVG (insbesondere Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Abs. 4) genau, dürfte die BGF nur dann finanziert werden, wenn die vorgeschriebenen insgesamt 100 Mio. für 15er- Maßnahmen verbraucht sind. Das erscheint unsinnig.

Letztlich scheinen diese komplizierten Regeln nur dazu zu dienen, das Feld der eigenverantwortlich erbrachten („15er-“)BGF den Krankenkassen zu reservieren. Diese Annahme wird noch durch § 23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 bestätigt, der die Unfallversicherung mit ihren eventuell auch als verhaltensbezogene („15er-“)Maßnahme einzuordnenden (auch das ist unklar) Maßnahmen nach dem neuen § 1 a Nr. SGB VII gewissermaßen durch die Hintertür auf branchen- und betriebsübergreifende Maßnahmen verweist. Das alles mag gewollt sein, sollte aber auch klarer zum Ausdruck kommen. Selbst dem halbwegs bewanderten Leser des Gesetzestextes erschließt sich das nur mühsam. Zudem entspricht es nicht dem anerkannten Ziel, die Präventionslandschaft zu vereinheitlichen.

9. Die Forcierung der Zusammenarbeit der Krankenkassen im Rahmen der BGF ist zu begrüßen.

In der betrieblichen Praxis kommt es immer wieder vor, dass den Unternehmen aufgrund der verschiedenen Krankenkassenzugehörigkeiten der Mitarbeiter z.B. kein einheitlicher Gesundheitsbericht zur Verfügung steht. Die Gesamtkonzeption einer effektiven BGF wird dadurch erschwert. Die Neuformulierung des § 20b Abs. 3 SGB V, der die Intensivierung der Zusammenarbeit der Krankenkassen vorsieht, ist vor diesem Hintergrund zu begrüßen.

10. Die 3-Stufen-Konzeption zur Qualitätssicherung ist vom Ansatz zu begrüßen, ist jedoch nur als ein grober Rahmen geeignet.

Die 3-Stufen-Konzeption im Überblick

1. Stufe: Vor der Implementierung muss der Nutzen der geplanten Maßnahme nachgewiesen werden bzw. bei neuartigen Maßnahmen der Nachweis einer präzisen, plausiblen und Erfolg versprechenden Planung erbracht werden.
2. Stufe: Bei der Erbringung muss die Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität der Maßnahmen überprüft werden.
3. Stufe: Durch die Dokumentation – insbesondere der lebensweltbezogenen Maßnahmen – sollen die Erkenntnisse der Maßnahmen auch anderen zugute kommen.

Immer noch gibt es zu wenige Studien zur Beurteilung der Effektivität und Effizienz von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Übergeordnete Indikatoren und Erhebungsinstrumente zur Bestimmung der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität sind defizitär. Weitere wissenschaftliche Präventionsforschung wird notwendig sein, um eine effektive und effiziente Präventionspraxis voranzutreiben. Von daher ist die im Gesetzesentwurf geplante 3-Stufen-Konzeption zur Qualitätssicherung mit Inhalt zu füllen.

Hinsichtlich der ersten Stufe ist die Forderung nach qualitätsgesicherten Maßnahmen zur Verhaltensprävention nach § 15 PräVG bzw. bei der Verhältnisprävention nach § 17 PräVG nach einer nachvollziehbaren Planung zu begrüßen. Da noch nicht für alle Bereiche Wirksamkeitsanalysen vorhanden sind, lässt der Gesetzgeber den Nachweis der Wirksamkeit für Maßnahmen nach § 15 PräVG parallel zur Leistungserbringung zu. Dieses Zugeständnis macht Sinn. Insgesamt sollte darauf geachtet werden, dass sich Anforderungen an die Qualitätssicherung nicht als ‚Markteintrittshemmnis‘ entwickeln. Die Anspruchskriterien dürfen sich nicht negativ auf die Anreize auswirken, Aktivitäten zur Prävention überhaupt anzubieten bzw. zu planen. Dies würde dem eigentlichen Ziel des Gesetzes entgegen laufen.

Auf der zweiten Stufe ist zu prüfen, welche geeigneten Instrumente der Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität entwickelt werden müssen. Dass die Leistungserbringer für die Sicherstellung eines Qualitätsmanagements verantwortlich sind (§ 20 Abs. 2 PräVG), erscheint problematisch. Dies entspricht eher einer wissenschaftlichen Aufgabenstellung. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass derzeit weder Parameter noch Kriterien oder gar Instrumentarien festgelegt bzw. in Sichtweite sind, sollten die Evaluationsstudien

durch in diesem Bereich erfahrene Institutionen durchgeführt werden. Der Rückgriff auf externen Sachverstand ist erforderlich, z.B. ist die Kooperation zwischen den Praxisanwendern und den Universitäten zu fördern. Dabei muss die Finanzierung der Evaluation in der Projektplanung eingeplant werden.

Im Übrigen sollte sich die 3-Stufen-Konzeption nicht nur auf die primärpräventiven Maßnahmen beschränken. Wirksamkeit und Qualitätssicherung müssen auch bei den übrigen präventiven Leistungen sichergestellt werden.

11. Die Qualität der Angebote zur Verhaltensprävention im Rahmen der BGF ist zu verbessern.

Die Angebotspolitik der Präventionsträger zur Verhaltensprävention im Rahmen der BGF ist primär durch Marketingüberlegungen gekennzeichnet und bezieht sich weniger auf inhaltliche Aspekte. So unterscheiden sich die Angebote der Kostenträger in diesem Feld derzeit gravierend und sind nur bedingt von Qualitätsansprüchen geprägt. Beispielsweise werden immer noch Rückenschulen von den Krankenkassen finanziert und angeboten, obwohl der Effektivitätsnachweis in Bezug auf die Prävention gescheitert ist und es genügend Studien gibt, die sich gegen Rückenschulen aussprechen. Nicht zuletzt kommt ein aktuelles Papier der EU-Kommission (Europ. Guidelines for Prevention in Low Back Pain, November 2004) zu dem Schluss, dass die Angebote zu Rückenschulen und apparativem Rückentraining bisher keinen Effektivitätsnachweis erbracht haben. Insofern müssen neue Konzepte für die BGF entwickelt werden. Dies schließt auch die Frage mit ein, wie die BGF bei den KMU's stärker bekannt gemacht und implementiert werden kann. Immerhin sind dort 80% der Arbeitnehmer beschäftigt. Derzeit wird BGF primär in Großunternehmen durchgeführt und erfasst somit nur einen kleinen Teil der Arbeitnehmer.

12. Der vorliegende Entwurf bietet für die Träger von Lebenswelten nur wenig neue Anreize, Maßnahmen zur Prävention in Lebenswelten durchzuführen.

Das Budget von 100 Mio. € für Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 17 PräVG bietet für die Träger dieser Maßnahmen nur wenig finanzielle Anreize und vereinfacht in keiner Weise die Zuständigkeitsfragen. Es ist zu vermuten, dass der geforderte angemessene Eigenanteil in der Regel den größten Kostenblock zur Finanzierung der Maßnahme darstellen wird. Zudem ist es wahrscheinlich, dass sich aus der Erweiterung des Kreises von Präventionsträgern Probleme hinsichtlich der Zuständigkeit ergeben. Für Maßnahmen zur BGF könnten z.B. theoretisch vier Präventionsträger zuständig sein. Es ist absehbar, dass durch diese Zunahme bei den Unternehmen neue Orientierungshilfen erforderlich werden und gerade in KMU's die Forderung nach einem Ansprechpartner – wie bereits im Bereich der Rehabilitation – aufkommt.

Univ.-Prof. Dr. I. Froboese

Köln, 03. März 2005