

Ausschuss für Gesundheit

Wortprotokoll

89. Sitzung

Berlin, den 23.06.2008, 10:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, CDU/CSU-Fraktionssaal 3 N 001

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB
Dr. Hans Georg Faust, MdB (zeitweise)

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen:

Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Präventionsgesetz auf den Weg bringen - Primärprävention umfassend stärken

BT-Drucksache 16/7284

Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Klaus Ernst, Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgaben stärken -
Gesellschaftliche Teilhabe für alle ermöglichen

BT-Drucksache 16/7471

Antrag der Abgeordneten Detlef Parr, Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Eigenverantwortung und klare Aufgabenteilung als Grundvoraussetzung einer effizienten
Präventionsstrategie

BT-Drucksache 16/8751

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
 Eichhorn, Maria
 Faust, Hans Georg, Dr.
 Hüppe, Hubert
 Koschorrek, Rolf, Dr.
 Michalk, Maria
 Scharf, Hermann-Josef
 Spahn, Jens
 Straubinger, Max
 Widmann-Mauz, Annette
 Zylajew, Willi

SPD

Friedrich, Peter
 Hovermann, Eike
 Kleiminger, Christian
 Lauterbach, Karl, Dr.
 Mattheis, Hilde
 Rawert, Mechthild
 Reimann, Carola, Dr.
 Spielmann, Margrit, Dr.
 Teuchner, Jella
 Volkmer, Marlies, Dr.
 Wodarg, Wolfgang, Dr.

FDP

Bahr, Daniel
 Lanfermann, Heinz
 Schily, Konrad, Dr.

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
 Seifert, Ilja, Dr.
 Spieth, Frank

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
 Scharfenberg, Elisabeth
 Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Blumenthal, Antje
 Brüning, Monika
 Hennrich, Michael
 Jordan, Hans-Heinrich, Dr.
 Krichbaum, Gunther
 Luther, Michael, Dr.
 Meckelburg, Wolfgang
 Philipp, Beatrix
 Scheuer, Andreas, Dr.
 Zöller, Wolfgang

Bätzing, Sabine
 Becker, Dirk
 Bollmann, Gerd
 Ferner, Elke
 Gleicke, Iris
 Hemker, Reinhold, Dr.
 Kramme, Anette
 Kühn-Mengel, Helga
 Marks, Caren
 Schmidt, Silvia
 Schurer, Ewald

Ackermann, Jens
 Kauch, Michael
 Parr, Detlef

Ernst, Klaus
 Höger, Inge
 Knoche, Monika

Haßelmann, Britta
 Koczy, Ute
 Kurth, Markus

Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigegefügt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Vorsitzende Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	6, 35	SV Dr. Bernd Metzinger (IKK-Bundesverband (IKK-BV))	6, 8, 9, 10, 13, 22, 27, 30, 31
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	6, 9, 29, 30	SV Rudolf Henke (Bundesärztekammer (BÄK))	6, 10
Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU)	8,27	SV Manfred Schulz	7, 28
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	8, 28	SV Ulf Fink	7, 27, 29, 31
Abg. Mechthild Rawert (SPD)	11, 13, 14, 31, 32, 34	SV Gert Nachtigal (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA))	8, 30
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	15, 16, 17, 18, 19	SVe Dr. Christiane Korsukewitz (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV))	8, 9, 13
Abg. Dr. Ilja Seifert (DIE LINKE.)	21	SV Dr. Paul Rheinberger (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	9, 28
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	22	SVe Ulrike von Haldenwang (Bund Deutscher Hebammen e. V. (BDH))	9, 26
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	23, 24, 25, 26	SVe Dr. Beate Robertz-Grossmann (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG))	10, 28
		SV Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz	11, 14, 32, 33
		SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB))	11, 14, 35
		SV Prof. Dr. Raimund Geene	12, 23, 24, 25, 34
		SVe Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW))	12, 17, 22, 32
		SVe Dr. Gabriele Kuhn-Zuber (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD))	13, 21
		SVe Dr. Melanie Wolters (Bundesagentur für Arbeit (BA))	15, 33
		SV Prof. Dr. Ingo Froböse	15, 16, 17, 26
		SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV))	18
		SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	19
		SV Prof. Dr. Rainer Richter (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK))	19
		SV Thomas Altgeld	20, 21, 23, 25
		SV Jörg Freese (Deutscher Landkreistag)	22
		SV Wolfgang Schmidt (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS))	25

		SV Dr. Dietrich Munz (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK))	26
		SV Dr. Dietmar Oesterreich (Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. (BZÄK))	29
		SVe Dr. Elke Bruns-Philipps (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD))	29
		SVe Anne Janz (Deutscher Städte-tag)	29, 33
		SV Dr. Peter Egler (Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW))	30
		SV Karsten Mankowsky (Gesunde Städte-Netzwerk)	31

Beginn der Sitzung: 10.00 Uhr

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Sehr verehrte Damen und Herren, werde Gäste, verehrte Kolleginnen und Kollegen. Ich möchte Sie ganz herzlich zur heutigen 89. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit begrüßen. Einziger Tagesordnungspunkt ist die öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen: Erstens der Antrag der Abgeordneten der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Präventionsgesetz auf den Weg bringen – Primärprävention umfassend stärken“ auf BT-Drs. 16/7284, zweitens der Antrag der Abgeordneten der Fraktion DIE LINKE. „Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgaben stärken – Gesellschaftliche Teilhabe für alle ermöglichen“ auf BT-Drs. 16/7471 und drittens der Antrag der Abgeordneten der Fraktion der FDP „Eigenverantwortung und klare Aufgabenteilung als Grundvoraussetzung einer effizienten Präventionsstrategie“ auf BT-Drs. 16/8751. Ich möchte kurz den Ablauf der Sitzung erläutern. Nachdem die Abgeordneten ihre Fragen gestellt haben, werde ich Sie auffordern zu antworten. Sofern ich das nicht bereits getan habe, möchte ich Sie bitten, Ihren Namen und die Institution, die Sie vertreten, zu nennen. Außerdem bitte ich Sie, das Mikrophon zu benutzen und es am Ende Ihres Wortbeitrages wieder auszuschalten. Wir beginnen mit der Fragezeit der Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den IKK-BV, die Bundesärztekammer sowie an die Einzelsachverständigen Herrn Schulz und Herrn Fink. Unser Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen. Der erfolgversprechendste Ansatz u. a. für die Bewältigung der demographisch bedingten Entwicklung ist eine stärkere Ausrichtung auf die Prävention. Sehen Sie hier gesetzgeberischen Handlungsbedarf und wenn ja, mit welcher Begründung?

SV **Dr. Bernd Metzinger** (IKK-Bundesverband (IKK-BV)): Die gesetzliche Krankenversicherung gibt jährlich etwa 3,6 Mrd. Euro für Prävention aus. Wir sind damit der größte Geldgeber für Prävention in Deutschland. Wir haben im Jahre 2006 für jedes versicherte Mitglied etwa 3,30 Euro und

im Jahre 2007 etwa 3,50 Euro gezahlt. Wir liegen damit deutlich oberhalb dessen, was der Gesetzgeber uns vorgeschlagen hat. Wir sehen die Prävention eigentlich auf einem guten Weg, stellen andererseits aber nach wie vor gewisse Mängel fest. Beispielsweise finden Zielgruppen mit sozialer Benachteiligung in der Prävention immer noch nicht in dem Maße Berücksichtigung, wie wir das für richtig halten würden. Außerdem fehlt aus unserer Sicht ein integriertes Gesamtkonzept für die Prävention. Ein solches sollte in einem Präventionsgesetz festgeschrieben werden. Außerdem sollte in diesem Gesetz festgelegt werden, welche Zuständigkeiten die unterschiedlichen Träger haben und wie die Kooperation der Beteiligten verbessert werden kann. Denn gerade bei der Koordination sehen wir noch einige Mängel. Wir sind der Meinung, dass zum Beispiel die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung diese Aufgabe übernehmen könnten. Außerdem sollte eine Ziel- und Qualitätsorientierung für die Prävention, auch für die primäre Prävention, geschaffen werden. Schließlich gilt es, eine faire, gesamtgesellschaftlich orientierte Finanzierung sicherzustellen. Unter einer gesamtgesellschaftlichen Finanzierung verstehen wir eine Finanzierung nicht nur über die Sozialversicherungen, sondern unter Einschluss aller Beteiligten bzw. aller gesellschaftlichen Gruppen. Aus diesem Grunde halten wir ein Präventionsgesetz für erforderlich. Wir fordern dies schon seit vielen Jahren und hoffen, dass es nunmehr auch realisiert wird.

SV **Rudolf Henke** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich bin Vorsitzender der Präventionsgremien der Bundesärztekammer. Ihre Frage geht offenbar von der These aus, dass Prävention der erfolgversprechendste Ansatz zur Bewältigung demographisch bedingter Entwicklungen ist. Das ist jedoch nach meiner Auffassung zunächst nur eine Hypothese, die ich als gegeben hinnehme. Denn bislang wissen wir nicht, welche Folgen eine erfolgreiche Prävention für den natürlichen Verlauf eines Menschenlebens hat. Es könnte ja auch sein, dass die Verhinderung einer Krankheit, die der Prävention zugänglich ist, zur Folge hat, dass im weiteren Verlauf des Lebens eine schicksalhafte Erkrankung auftritt. Dies würde dann, im Ganzen gesehen, die demographischen Herausforderungen sogar noch vergrößern. Ich halte

die These also nicht für bewiesen, will aber einmal unterstellen, dass sie zutrifft. Wenn das so wäre, dann folgt daraus, dass ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf vor allem darin besteht, die Prävention mit auskömmlichen finanziellen Mitteln auszustatten, was bisher nicht der Fall ist. Mein Vorredner hat schon darauf hingewiesen, dass die Prävention nicht allein die Aufgabe der beitragsfinanzierten Sozialkassen sein kann, sondern dass sich die Steuerzahler und auch das Ehrenamt daran beteiligen müssen. Wenn es gelänge, die Finanzierung entsprechend abzusichern, dann wäre das ein großer Erfolg.

Des Weiteren vermissen wir eine Ausrichtung der Präventionsanstrengungen an allgemeinen nationalen Zielen, vor allem eine ausreichende Koordinierung der Präventionsanstrengungen. Dies beinhaltet den Wunsch an den Gesetzgeber, Verfahrensweisen dafür festzulegen, in welchen Strukturen diese Koordinierung stattfinden soll, um sie auch wirksam werden zu lassen. Man könnte an eine ähnliche Struktur denken, wie es sie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung für den Leistungskatalog in Gestalt des G-BA gibt. Schließlich vertreten wir zu der Frage der Verbindung mit der ärztlichen Praxis die These, dass Prävention dann am erfolgreichsten sein wird, wenn sie dort ansetzt, wo sich Menschen aus Gründen der Gesundheitsversorgung ohnehin aufhalten. Das ist neben Schule und Betrieb sicherlich für weit über 90 Prozent der Bevölkerung die Arztpraxis. Deswegen denken wir, dass die Aufmerksamkeit des Gesetzgebers nicht zuletzt der Frage gelten sollte, wie sich die Primärprävention mit dem, was Ärzte in den Praxen an Prävention leisten können, verbinden lässt.

SV Manfred Schulz: Ich komme von der Betriebskrankenkasse der BMW AG. Natürlich würden wir es begrüßen, wenn ein parteiübergreifender Konsens zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung erzielt würde. Das wird von niemandem ernsthaft in Frage gestellt. Allerdings muss Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden. Insbesondere muss eine Regelung klarstellen, dass Prävention für die betroffenen Zielgruppen und die beteiligten Kostenträger gleichermaßen mit Rechten und Pflichten verbunden ist. Es wurde schon erwähnt, dass die Kassen bereits heute einen großen Teil der Präventionsleistungen finanzieren. Zudem hat der Gesetzgeber erst vor kurzem im Rahmen

des GKV-WSG die Paragraphen 20a und 20d entsprechend ausgebaut. Der Paragraph 20 regelt auch die bundesweite Qualitätssicherung. Ich bin daher der Überzeugung, dass wir keine neuen gesetzlichen Regelungen brauchen, sondern mit den bestehenden Regelungen umgehen müssen. Allerdings gebe ich zu bedenken, dass diese Regelungen nicht alle Bevölkerungsschichten gleichermaßen betreffen. Der zentrale Punkt ist, die Notwendigkeit einer stärkeren Vernetzung und Kooperation der Akteure. Ob wir allerdings eine zentralisierte gesetzliche Regelung, so wie sie in den Anträgen vorgesehen ist, im Hinblick auf Finanzierung und Organisationsstrukturen benötigen, bezweifle ich.

SV Ulf Fink: Ich leite das Büro für Gesundheit und Prävention in Berlin. Bekanntermaßen gehört das deutsche Gesundheitswesen zu den leistungsfähigsten Gesundheitssystemen in der ganzen Welt. Allerdings hat es, wie fast alle anderen auch, einen grundlegenden Mangel: Es ist extrem auf Kuration ausgerichtet, während die Prävention im Vergleich dazu zu kurz kommt. Von den gesamten Mitteln, die in Deutschland für das Gesundheitswesen aufgewandt werden, fließen nicht einmal 4,5 Prozent in die Prävention. Der gesamte Restbetrag wird für die Kuration aufgewandt. Hier ist ein Paradigmenwechsel nötig. Wir – das heißt Dr. Ulrich Oesingmann, der leider schon verstorbene Karl Jung und ich – haben im Jahr 2001 zum ersten Mal die Forderung nach einem Präventionsgesetz erhoben, um ein Signal für einen solchen Paradigmenwechsel zu setzen. Es ist bekannt, wie wichtig gerade im Bereich der Prävention ein gleichgerichtetes Handeln der verschiedenen Akteure ist. Denn es ist extrem schwierig, menschliches Verhalten zu verändern. Dies kann überhaupt nur gelingen – das haben die AIDS-Kampagnen gezeigt –, wenn die verschiedenen Ebenen mit einer gemeinsamen Botschaft auftreten und diese Botschaft ständig wiederholen. Die AIDS-Kampagnen gehören zu den wenigen erfolgreichen Präventionskampagnen in Deutschland. Bei der Forderung nach einem Präventionsgesetz muss man sich allerdings immer vor Augen halten, dass es hier um einen Beitrag zur Verbesserung der Koordination von Präventionsmaßnahmen geht. Eine Zentralisierung oder Bürokratisierung der Prävention, wie sie in manchen Gesetzentwürfen zum Ausdruck kommt, würde diesem Ziel zuwiderlaufen. Das kann man besser machen. Prof. Schwartz hat vor

kurzem auf dem Hauptstadtkongress „Medizin und Gesundheit“ einen Vorschlag dazu unterbreitet, wie man ohne mehr Bürokratie erreichen kann, dass insbesondere die Förderung der Lebenswelten in den Mittelpunkt gerät. Ich glaube, dass ein solcher Vorschlag geeignet wäre, als Grundlage für ein Präventionsgesetz zu dienen.

Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den IKK-BV, die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und die Deutsche Rentenversicherung Bund. Wie ist die zukünftige Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung zu gestalten?

SV Dr. Bernd Metzinger (IKK-Bundesverband (IKK-BV)): Die zukünftige Finanzierung der Prävention ist so zu gestalten, dass alle Beteiligten einen angemessenen Beitrag leisten. Es reicht nicht, ein Gesetz für die Sozialversicherungen zu verabschieden, von dem dann die Arbeitslosenversicherung ausgenommen wird. Die Finanzverantwortung ist auf alle an der Prävention Beteiligten zu erweitern. Das heißt, dass insbesondere auch die öffentliche Hand gefragt ist. Sie wissen, dass die öffentliche Hand sich zunehmend aus der Präventionsfinanzierung zurückzieht. Einige Statistiken zeigen sehr deutlich, dass wird immer weniger Geld in die Prävention investiert. Dies muss sich grundsätzlich ändern und die öffentliche Hand muss ihrer Verantwortung entsprechend an der Finanzierung beteiligt werden.

SV Gert Nachtigal (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)): Bund, Länder und Kommunen sind im föderalen System maßgeblich für Prävention und Gesundheitsförderung zuständig. Sie haben Aufgaben in ihrem jeweiligen Bereich wahrzunehmen, von denen sie auch nicht entbunden werden dürfen. Die Gebietskörperschaften tragen entsprechende Finanzierungsverantwortung, der sie sich nicht entziehen dürfen, erst recht nicht zu Lasten der Sozialversicherung. Soweit Präventionsmaßnahmen ohne Bezug auf ein zugrunde liegendes Sozialversicherungsverhältnis erbracht werden, also der Allgemeinheit zugute kommen, wie zum Beispiel Aufklärungskampagnen, Gesundheitserziehung oder Setting-Ansätze, wie sie in Schulen oder

auch in speziellen sozialen Gruppen vorgesehen sind, müssen sie von der Gesellschaft insgesamt, das heißt aus Steuermitteln finanziert werden und dürfen nicht allein zu Lasten von Arbeitgebern und Versicherten als Beitragszahler gehen. Das gilt auch dann, wenn sich Prävention auf indirekte Weise positiv bei einem Sozialversicherungszweig niederschlägt. Nur wenn eine Präventionsmaßnahme ausschließlich auf die Versicherten eines Sozialversicherungsträgers begrenzt wird, kann eine Finanzierung aus Beitragsmitteln gerechtfertigt sein. Das gilt zum Beispiel für die Finanzierung von Maßnahmen der Unfallprävention im Bereich des Arbeitsschutzes durch die Berufsgenossenschaften.

SVe Dr. Christiane Korsukewitz (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)): Ich möchte noch einmal unterstreichen, dass die Rentenversicherung eine präventive Ausrichtung des gesamten Gesundheitssystems unterstützen wird. Sie hat sich dazu in ihrem Rehabilitationskonzept bereits bekannt. Wir gehen davon aus, dass eine präventive Ausrichtung die Versorgungssituation chronisch Kranker verbessert. Von einer verbesserten Prävention würde daher auch die Rentenversicherung längerfristig profitieren. Zugleich müssen wir uns darüber im Klaren sein, dass wir hier über eine längerfristige Perspektive sprechen.

Im Hinblick auf die Finanzierung ist es erforderlich, sich klar zu machen, dass Prävention und Gesundheitsförderung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellen, die nicht allein von den Sozialversicherungsträgern erfüllt werden kann. Sofern die Sozialversicherungsträger zur Finanzierung herangezogen werden, muss sichergestellt sein, dass Finanzierungsverantwortung und Entscheidungsverantwortung in einer Hand bleiben. Wenn eine Finanzierung durch die Sozialversicherungsträger in Betracht gezogen wird, was denkbar ist, muss auch eindeutig festgelegt werden – wir haben dazu entsprechende Vorschläge gemacht –, dass die entsprechende Entscheidungsverantwortung bei den Sozialversicherungsträgern, insbesondere auch bei der Rentenversicherung verbleibt.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an den IKK-BV, die KBV, die DRV und den BDH. Wie lassen sich Ihrer Meinung nach die vorhandenen Strukturen bzw. Einrichtungen des Bundes, der Län-

der und der Kommunen sowie der Sozialversicherung und der Heilberufe weiterentwickeln? In welchen Bereichen sehen Sie einen Bedarf an einer vermehrten Vernetzung der vorhandenen Akteure und Strukturen?

SV Dr. Bernd Metzinger (IKK-Bundesverband (IKK-BV)): Die bestehenden Strukturen müssen in der Tat stärker vernetzt werden. Dafür sehen wir ganz eindeutig einen Bedarf. Wir sind allerdings auch der Meinung, dass es zur Verbesserung der Koordination nicht erforderlich ist, ein völlig neues System bzw. eine neue Bürokratie aufzubauen. Vielmehr würden wir vorschlagen, auf bereits vorhandene und bewährte Institutionen zurückzugreifen. Ich habe gerade schon zwei davon genannt: die Deutsche Vereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung und die BZgA, die bereits über viel Erfahrung mit Kampagnen verfügt. Beide Institutionen halten wir für durchaus in der Lage, eine entsprechende Koordination vorzunehmen. Auch auf der Landesebene kann die Koordination mit Hilfe vorhandener Strukturen durchgeführt werden. Wir sind daher der Meinung, dass es nicht erforderlich ist, neue Strukturen aufzubauen. Das Thema Vernetzung ist in der Tat sehr wichtig, weil die entsprechenden Strukturen bisher noch deutlich unterentwickelt sind. Ein positives Beispiel für eine solche Vernetzung ist das deutsche Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, das einen Teilbereich aus einem ganz bestimmten Setting bildet. Es gibt weitere positive Beispiele, denen man folgen könnte. Allerdings besteht hier nach meiner Einschätzung noch ein erheblicher Handlungsbedarf. Deshalb sollte das Ganze auch gesetzlich verankert werden.

SV Dr. Paul Rheinberger (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir brauchen ein Entscheidungsgremium, das gesetzlich autorisiert ist. Das ist unser Standpunkt. Denn das bisherige Nebeneinander von Akteuren, die unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen, muss in eine Zusammenarbeit überführt werden. Um einen Interessenausgleich und Akzeptanz bei den Beteiligten zu gewährleisten, müssen alle Kostenträger und alle anderen Akteure in diesem Gremium vertreten sein, also auch die Ärzteschaft. Das Gremium sollte den gesetzlichen Auftrag haben, auf nationaler Ebene die Präventionsziele zu bestimmen, die zu

fördernden Maßnahmen zu koordinieren und deren Evaluation zu gewährleisten.

SVe Dr. Christiane Korsukewitz (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)): Ich denke, die Weiterentwicklung kann darin bestehen, dass man die bisher schon gut funktionierende Zusammenarbeit auf freiwilliger Basis verstärkt und die Selbstverpflichtungen in Bezug auf Zielorientierungen und vor allen Dingen auch auf die Zielüberprüfung ausbaut. Das beinhaltet eine Erweiterung der Gesundheits- und Präventionsberichterstattung sowie eine Verpflichtung auf Qualitätsmerkmale, die sich auf die anzuwendenden Systeme und Verfahren beziehen. Aus Erfahrung wissen wir, dass wir mit einer klaren Schwerpunktsetzung, wie es sie bei den regionalen Gesundheitskonferenzen auf Landesebene schon gibt, erfolgreich agieren können und wie sich hier auch Verknüpfungen mit den Sozialversicherungsträgern ergeben können. Ein besonders gelungenes Beispiel dafür ist das vom BMG initiierte und lange Zeit auch finanzierte Projekt „gesundheitsziele.de“, bei dem wir gemeinsam bewiesen haben, wie man auf der Grundlage von Selbstverpflichtungen erfolgreich handeln kann.

SVe Ulrike von Haldenwang (Bund Deutscher Hebammen e. V. (BDH)): Wir gehen hier ganz offenbar von unterschiedlichen Ebenen aus. Ich räume ein, dass die Vernetzung auf Bundesebene gut funktioniert. Man muss sie aber auch bis zur lokalen Ebene hinunter umsetzen, weil sie da bislang noch nicht angekommen ist. All das, was in Bezug auf Prävention gedacht und praktiziert wird, kommt oft bei den Menschen, die wir erreichen wollen, das heißt gerade bei den gesellschaftlich Benachteiligten, nicht an. Ich denke, das sollte man betonen. Es gibt sehr viele Menschen, die im Bereich Gesundheitsförderung arbeiten, aber wir verschenken immer noch viele Ressourcen, weil wir sie nicht gut miteinander verknüpfen. Ich meine daher, dass die Politik gefordert ist, Strukturen zu schaffen, die bis zu den Sozialräumen vor Ort reichen.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich möchte die BVP, die BÄK und den IKK-BV bitten, zu dem Vorwurf, dass die zahlreichen im Bereich der Prävention handelnden Akteure unzurei-

chend miteinander vernetzt seien, Stellung zu nehmen.

SVe Dr. Beate Robertz-Grossmann (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG)): In der Frage der Kooperation und Koordination muss man nach einzelnen Ebenen, nach Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, unterscheiden. In Bezug auf die Bundesebene können wir dem Vorwurf entgegentreten, hier gebe es einen Mangel an Koordinierung und Vernetzung. Durch den Zusammenschluss mit dem Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung im vergangenen Jahr bilden wir nun auf Bundesebene gemeinsam die Vertretung der zivilgesellschaftlichen Kräfte, die auch viele der Organisationen repräsentiert, die hier heute anwesend sind. Wir kooperieren auch erfolgreich mit dem bereits erwähnten Verbund „gesundheitsziele.de“ sowie mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Insgesamt sehen wir gute Chancen, unsere Aktivitäten im Rahmen der Prävention wirksam und zielorientiert aufeinander abzustimmen.

SV Rudolf Henke (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Bundesärztekammer ist ebenfalls an der Bundesvereinigung für Gesundheit aktiv beteiligt. Insofern kann ich mich den Worten meiner Vorrednerin anschließen. Wir sind auch beteiligt an dem Verbund „gesundheitsziele.de“. Außerdem gibt es Landesvereinigungen für Gesundheit sowie Landesgesundheitskonferenzen, zumindest in manchen Bundesländern. Es gibt also bereits eine Reihe von Foren zur Koordinierung und Absprache. Nach meinem Eindruck zielt die Kritik daher auf etwas anderes. Man wünscht sich, dass es ein oder zwei große nationale Kampagnen im Jahr gibt, die auf bestimmte Verhaltensänderungen, aber auch auf Verhältnisänderung abzielen und die so ausgestaltet werden, dass sie eine durchschlagende Wirkung auf nationaler Ebene erzielen. Ich nenne hier das Beispiel der HIV-Kampagnen, die hochgradig koordiniert, mit massenmedial wirksamen Instrumenten durchgeführt werden und die daher auch eine entsprechende Wirkung erzielen. Oder denken Sie etwa an die Zahnprävention bzw. die Gruppenprophylaxe. Dabei handelt es sich um ein Instrument, das über lange Zeit im Konsens aller Akteure angewandt worden ist. Es ist unsere Hoffnung, durch Absprachen über bestimmte Inhalte zu erreichen, dass man ein-

oder zweimal im Jahr ein bestimmtes Thema dauerhaft ins Bewusstsein der gesamten Bevölkerung und nicht nur derjenigen rückt, die ohnehin bereits bestimmte präventionsorientierte Verhaltensweisen an den Tag legen. Das ist das, denke ich, was hinter dem Wunsch nach einer verstärkten Vernetzung und Koordinierung steht. Im Übrigen habe ich den Eindruck, dass die Orte gesundheitlicher Leistungserbringung, ganz gleich, ob es sich dabei um Krankenhäuser, Arztpraxen, MVZs oder was auch immer handelt, noch zu wenig als Aktionsfläche für Prävention genutzt werden. Es gibt eindrucksvolle Beispiele dafür, wie wirksam dies sein kann. Deswegen sind wir der Ansicht, dass man für eine stärkere Vernetzung der Präventionsträger – notfalls auch mit eigenständiger Entscheidungsverantwortung – mit dem Leistungsgeschehen, also dem Ort, an dem Gesundheit wiederhergestellt wird, sorgen muss. Man kann auch das Erschrecken über eine Erkrankung nutzen, um die Menschen dazu zu motivieren, ihre Lebensweise zumindest ein Stück weit aus eigenem Impuls heraus zu verändern.

SV Dr. Bernd Metzinger (IKK-Bundesverband (IKK-BV)): Ich möchte ganz konkret vier Bereiche nennen, in denen ich mir eine Verbesserung der Vernetzung vorstellen kann, und zwar auch durch gesetzgeberische Aktivitäten. Zuerst möchte ich die Verbesserung der gesamtgesellschaftlichen Zielorientierung nennen. Wir brauchen Präventionsziele, die zunächst mit Beteiligung von Wissenschaftlern, die nicht in irgendeiner Weise gebunden sind, sondern frei denken können, entworfen werden und die dann im parlamentarischen Verfahren zu wirklich maßgebenden nationalen Präventionszielen konkretisiert werden. Zum zweiten brauchen wir eine Verpflichtung aller Träger auf das Ziel einer Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Bisher ist dazu nur die gesetzliche Krankenversicherung gesetzlich verpflichtet. Diese Pflicht müsste aber per Gesetz auch auf alle anderen an der Prävention Beteiligten ausgeweitet werden. Zum dritten benötigen wir eine bessere Vernetzung und Kooperation aller relevanten Akteure, zum Beispiel auf Basis dieser gemeinsamen Ziele. Das heißt, wir müssten zunächst einmal die Ziele formulieren und dann die in der Prävention Tätigen darauf verpflichten, auf die Realisierung dieser Ziele hinzuwirken. Zum vierten brauchen wir verpflichtende Qualitätsstandards und eine Quali-

tätssicherung für alle Leistungen. Ich denke dabei an so etwas wie eine evidenzbasierte Prävention. Das sind die vier Bereiche, in denen man durch entsprechende gesetzliche Vorschriften eine stärkere Vernetzung der Akteure in der Prävention erreichen könnte.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Meine Fragen richten sich an Prof. Schwartz, den Deutschen Gewerkschaftsbund, an Prof. Geene und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Was sollte der Hauptzweck eines Präventionsgesetzes sein? Was sollte sich dadurch im Vergleich zur derzeitigen Situation verbessern? Welche Rahmenbedingungen müssten geschaffen werden, um die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen, das heißt zu erreichen, dass vor allem sozial benachteiligte Menschen stärker von Präventionsmaßnahmen profitieren?

SV Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz: Der Hauptzweck eines Präventionsgesetzes würde darin bestehen, vorhandene Lücken zu schließen. Was uns bisher vor allem fehlt, ist eine zielgruppenorientierte und auf bestimmte inhaltliche Ziele fokussierte nationale Kampagne in Bezug auf die großen beeinflussbaren Gesundheitsgefahren. Bisherige Angebote wie Früherkennung oder Vorsorge haben eine ganz andere Zielrichtung. Die derzeitigen Angebote der Krankenkassen, die aufgrund des geltenden § 20 erfolgen, zielen vor allem auf die individuelle Verhaltensbeeinflussung ab. Sie erreichen nur gut ein Prozent der Versicherten, sind aber kaum wirksam im Setting-Bereich, also in Schulen oder Kindertagesstätten und haben nur geringe Effekte in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Das meiste Geld wird für die Wahlprävention ausgegeben. Damit erreicht man aber, wenn ich das aus fachlicher Sicht beurteile, überwiegend die Gruppen, die ohnehin die Neigung haben, sich entsprechend zu informieren und sich auch selbst zu helfen wissen. Das heißt, die Benachteiligten werden nicht erreicht. Gerade im Setting-Bereich gibt es also einen dringenden Verbesserungsbedarf. Zu den Rahmenbedingungen ist Folgendes zu sagen: Wir brauchen einerseits die Möglichkeit, Programme von oben zu initiieren. Das wichtige Beispiel dafür, auf das auch hier immer wieder Bezug genommen wurde, ist die HIV-Kampagne, bei der die staatlichen und zivilgesellschaftlichen Institutionen und Akteure in Bund, Ländern und Gemeinden in der

Tat eng zusammengearbeitet haben. Das muss in Zukunft auch bei anderen Themen möglich sein. Die Rahmenbedingungen müssen andererseits aber auch so ausgestaltet sein, dass Initiativen auf lokaler Ebene aufgegriffen und, sofern sie den Vorgaben genügen, unbürokratisch gefördert werden können, dies aber auch nachhaltig und nicht, wie derzeit, immer nur für sehr kurze Zeit. Das bedeutet im Ergebnis, dass die Rahmenbedingungen, wie sie in dem Gesetzentwurf der Bundesregierung angelegt sind, geeignet sind, dieses Ziel zu erreichen. Angesichts der derzeitigen Gemengelage an politischen Interessen sollte man allerdings intensiv darüber nachdenken, ob es nicht eine Alternative wäre, sich zunächst einmal auf die verbindliche Weiterentwicklung des § 20 in diese Richtung zu konzentrieren.

SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Es geht unseres Erachtens erst einmal darum, alle Akteure der Prävention tatsächlich an der Steuerung und Finanzierung zu beteiligen. Es reicht nicht aus, den gesetzlichen Krankenkassen auf der Grundlage der Paragraphen 20 und 20a allein die Verantwortung dafür zu übertragen. Wir sind der festen Überzeugung, dass die Lücken, von denen Prof. Schwartz einige benannt hat, etwa bei den Zielgruppen-Settings, aber auch bei der Verhaltensprävention, nur geschlossen werden können, wenn alle staatlichen Ebenen und alle Systeme sozialer Sicherung in die Präventionsmaßnahmen einbezogen werden. Das heißt nicht nur die Sozialversicherungen, sondern auch die steuerfinanzierten Systeme sozialer Sicherung. Um ein Beispiel zu nennen: Im Rahmen des SGB IX hat die Sozialgesetzgebung den Auftrag formuliert, trägerübergreifend an einem neuen Ziel zu arbeiten, bei dem auch gesundheitliche Fragen eine große Rolle gespielt haben. So etwas könnte man sich auch für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung vorstellen. Um zu Verbesserungen zu kommen, ist sicherlich auch eine Evaluation von Präventionsmaßnahmen dringend notwendig. Viele Maßnahmen, die derzeit durchgeführt werden, gleichen einem Stochern im Nebel. Man sieht ein Problem bzw. man identifiziert eine Zielgruppe in einem Stadtteil, weiß aber eigentlich nicht, ob das, was man da macht, am Ende auch zu dem angestrebten Ergebnis führt. Ich denke, uns bleibt eine Zeit lang nichts anderes übrig, als weiter im Nebel zu stochern, weil wir bei vielen Initiativen erst am Anfang stehen. Auf jeden Fall

brauchen wir aber eine Evaluation, um feststellen zu können, ob die Versuche in die richtige Richtung gehen. Um die geeigneten Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, muss man sich auf nationale Ziele für Prävention und Gesundheitsförderung verständigen und, wie gesagt, alle sozialen Sicherungssysteme sowohl an der Steuerung als auch an der Finanzierung beteiligen.

Für die sozial Benachteiligten sind spezielle Maßnahmen erforderlich. Ich denke, alle, die sich empirisch mit dieser Frage beschäftigen, kennen den Zusammenhang zwischen Einkommen, Bildung und Gesundheit. Der Entwurf des Dritten Armuts- und Reichtumsberichts hat dies ebenso wie der gesamte Prozess der nationalen Armuts- und Reichtumsberichterstattung noch einmal deutlich gezeigt. Den dort wiedergegebenen Erkenntnissen hat keiner der hier anwesenden Verbände in irgendeiner Weise widersprochen. Das macht deutlich, dass es bei der Frage von Prävention und Gesundheitsförderung einen multidimensionalen Ansatz geben muss. Die Verantwortung dafür allein der Gesundheitspolitik zu übertragen, würde diese überfordern und auch die Wirksamkeit der Prävention einschränken.

SV Prof. Dr. Raimund Geene: Zunächst zur Hauptfrage: Schon 1988 hat Norbert Blüm im Zusammenhang mit dem Gesundheitsreformgesetz die Gesundheitsförderung als eine wesentliche Innovation bezeichnet. Es geht jetzt darum, ob es endlich gelingt, diese auch strukturell zu verankern. Ein Präventionsgesetz kann zur Etablierung der Prävention als eigenständige Säule im Gesundheitswesen beitragen. Dabei mag dahingestellt bleiben, ob wir sie als erste Säule, wie es im Antrag der Fraktion DIE LINKE. heißt, oder als vierte Säule, wie es üblicherweise und auch im Sprachgebrauch der Bundesgesundheitsministerin geschieht, bezeichnen. Darüber hinaus sollte die Gesundheitsförderung auch als Querschnittsaufgabe der gesundheitlichen Sicherung etabliert werden. Dies sind im Grunde die beiden zentralen Aufgaben, die sich für ein Präventionsgesetz stellen.

Das wichtigste Ziel besteht ohne jede Frage darin, unmittelbar auf die Lebensverhältnisse der Menschen einzuwirken, so wie es der Setting-Ansatz vorsieht. Es gibt entsprechende Modellprojekte, die aber, auf die Fläche gesehen, völlig unzureichend sind.

In Bezug auf die Rahmenbedingungen sehen wir ein Defizit darin, dass es, im Rückblick auf

die vergangenen 20 Jahre nicht gelungen ist, einen zentralen Akteur für die Prävention zu etablieren, der dieses Thema wirklich voran gebracht hätte. Dazu muss man allen Beschäftigungsversuchen in der ersten Antwortrunde zum Trotz sagen, dass die Koordination in diesem Bereich absolut unzulänglich ist. Sie wird immer noch als Nebensache und nicht als ein zentraler Aufgabenbereich angesehen. Es ist und bleibt aber die bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen entscheidende Aufgabe, einen zentralen Akteur zu identifizieren.

Abschließend nun zu der Frage, wie sozial Benachteiligte besser erreicht werden können. Eine Voraussetzung dafür ist, dass wir einen Bezug zu ihrer Lebenswelt herstellen. Im Rahmen der AIDS-Prävention, deren Vorbildcharakter bereits mehrfach erwähnt wurde, bestand die Strategie in einem sog. Community Building. Das heißt, dass die hauptsächlich betroffenen Gruppen aktiv bei der Entwicklung eigener Präventionskonzepte unterstützt wurden. Ein entsprechendes Vorgehen finden wir heute auch in dem so genannten Diversity-Ansatz, der beispielsweise in der Bildungsdiskussion eine Rolle spielt und auch international weit verbreitet ist. Dieser Ansatz empfiehlt sich zur Anwendung insbesondere bei Migrantinnen, aber auch bei all den anderen Gruppen, die im allgemeinen Gleichstellungsgesetz aufgeführt werden. Der Diversity-Ansatz beinhaltet deutlich mehr als ein Stochern im Nebel, nämlich eine konkrete Handlungsstrategie, die sich in anderen Ländern bewährt hat.

SVe Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Wir sehen den zentralen Handlungsbedarf in der Primärprävention. Während die Sekundärprävention in Deutschland bereits relativ weit ausgebaut ist, besteht im Bereich der Primärprävention das Problem, dass das Gros der Mittel in die individuelle Verhaltensprävention fließt. Demgegenüber ist die settingbezogene Verhältnisprävention relativ schwach entwickelt. Ein wesentliches Ziel der Gesundheitspolitik, das die WHO formuliert hat und das in Deutschland einen Schwerpunkt bildet, besteht darin, sozial bedingte Ungleichheiten im Gesundheitswesen abzubauen und die Teilhabe zu stärken, indem man die Zugangsmöglichkeiten zu gesundheitsförderlichen Lebenswelten ausbaut. Daher sind wir der Ansicht, dass es eines Präventionsgesetzes bedarf, das sich die Stärkung der sozialen Primärprävention schwerpunktmäßig zum Ziel

setzt. Nur auf diese Weise wird man speziell diejenigen Personengruppen erreichen können, die in unserer Gesellschaft besonders benachteiligt sind, das heißt vor allem Menschen mit niedrigem Einkommen und geringen Bildungs- und Arbeitsmarktchancen, Menschen in besonders prekären Lebenslagen wie Wohnungslose und Suchtkranke, aber auch – und das möchte ich besonders betonen – chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen sowie deren Angehörige, die starken gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt und häufig von sich aus nicht in der Lage sind, individuelle verhaltensbezogene Präventionsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Daher muss der Schwerpunkt auf der sozialen Primärprävention liegen. Zur Stärkung der Rahmenbedingungen müssen niedrigschwellige Angebote und aufsuchende Ansätze gefördert werden, aber auch Ansätze, die eine aktive Partizipation ermöglichen und die Präventionsstrategien in die Lebenswelt und den Alltag der betroffenen Menschen integrieren.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Meine Fragen richten sich an den Sozialverband Deutschland, den BKK-BV und die Deutsche Rentenversicherung Bund. Teilen Sie die Auffassung, dass neben der Krankenversicherung auch andere Sozialversicherungszweige, wie z. B. die Renten-, die Unfall- und die Pflegeversicherung, in die Prävention einbezogen werden müssen? Sollte auch die Arbeitslosenversicherung in die Aufgabe mit einbezogen werden? Wie beurteilen Sie die Einbeziehung der privaten Kranken- und Pflegeversicherung? Sollten auch diese Versicherungszweige einen Beitrag zu Angeboten der Gesundheitsförderung leisten?

SVe Dr. Gabriele Kuhn-Zuber (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)): Zunächst möchte ich festhalten, dass wir die Prävention für eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe halten, die alle Akteure einbinden muss, und zwar sowohl in die Finanzierung als auch in die Steuerung der Präventionsmaßnahmen. Zu den Akteuren gehören nach unserer Auffassung neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch die anderen Sozialversicherungszweige. Eine Prävention, die sich allein auf den Gesundheitsbereich beschränken würde, ist nicht ausreichend ist. Vielmehr brauchen wir einen umfassenden Ansatz. Eine Präventionsmaßnahme, die allein die Gesundheitsaspekte und nicht auch andere Lebensbereiche im Blick

hat, wird nur eine beschränkte Wirkung erzielen. Wir brauchen daher einen ganzheitlichen Ansatz von Prävention. Dementsprechend ist es folgerichtig und auch notwendig, die anderen Versicherungszweige ebenso wie die öffentliche Hand mit einzubeziehen. Darüber hinaus sollten auch die privaten Kranken- und Pflegeversicherungszweige in die Präventionsmaßnahmen mit eingebunden werden. Natürlich sind die Mitglieder der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen nicht die primäre Zielgruppe von Präventionskampagnen, weil sie entsprechende Maßnahmen schon von sich aus in Anspruch nehmen. Allerdings kommen gesamtgesellschaftliche Präventionskonzepte letztlich auch ihnen zugute.

SV Dr. Bernd Metzinger (IKK-Bundesverband (IKK-BV)): Auch wir von Seiten der gesetzlichen Krankenversicherung sind der Meinung, dass die anderen Sozialversicherungszweige mit eingebunden werden sollten, also auch die Arbeitslosenversicherung, aber auch die PKV. Allerdings reicht das nicht aus; man muss auch die Länder, Kreise und Gemeinden sowohl in die Ausgestaltung als auch in die Finanzierung mit einbeziehen. Ich würde sogar noch einen Schritt weitergehen und anregen darüber nachzudenken, ob man nicht beispielsweise auch die Wirtschaft als einen Verursacher von Gesundheitsrisiken mit einbeziehen muss. Ich möchte nicht so weit gehen zu fordern, dass beispielsweise RTL die Prävention mitfinanzieren soll, weil es die Kinder vor den Fernseher lockt, statt sie zur Bewegung anzuregen. Aber der Grundgedanke lässt sich an diesem Beispiel doch ganz gut verdeutlichen. Diejenigen, die mitverantwortlich dafür sind, dass Kinder sich nicht gesund ernähren und sich nicht ausreichend bewegen, müssten in die Finanzierung von Präventionskampagnen einbezogen werden.

SVe Dr. Christiane Korsukewitz (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)): Ich kann mich meinem Vorredner im Wesentlichen anschließen. Es ist zwar immer problematisch, aus der Perspektive eines Sozialversicherungsträgers auf einen anderen Sozialversicherungsträger zu verweisen – deswegen hätte ich das an dieser Stelle auch gern vermieden –, grundsätzlich kann aber die Antwort auf die Finanzierungsfrage nicht darin bestehen, dass man fordert, alle Sozialversicherungszweige sollten sich an der Finanzierung der Prävention betei-

ligen. Es geht vielmehr darum zu klären, wie man den gesamtgesellschaftlichen Anspruch an die Aufgabe Gesundheitsförderung und Primärprävention tatsächlich umsetzen kann. Wenn alle Sozialversicherungen einbezogen würden, dann müsste dies jedoch in einer logischen Reihenfolge erfolgen. Die verschiedenen Sozialversicherungszweige haben bereits ihre Antworten dazu gegeben, in welcher Art und Weise dies geschehen könnte.

Ich möchte noch einmal unterstreichen, dass der individualzentrierte Ansatz, der sich aus dem Sozialversicherungsrecht ergibt, ein denkbarer Ansatz ist. Wir haben uns dazu unter dem Gesichtspunkt des Ausgleichs von sozialen Benachteiligungen auch bereits Gedanken gemacht. Nach unserer Vorstellung könnte man das im Rahmen des SGB VI oder auch des SGB IX realisieren. Allerdings können Präventionskampagnen oder andere für die Bevölkerung deutlich sichtbare Aktivitäten, wie sie Prof. Schwartz vorhin beschrieben hat, nicht primär aus Beiträgen finanziert werden. Vielmehr müssten dafür Steuermittel verwendet werden.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Meine nächste Frage richtet sich an Prof. Schwartz, den Deutschen Gewerkschaftsbund und die Bundesagentur für Arbeit. Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sieht eine Finanzierung durch die Sozialversicherungszweige vor, die Fraktion DIE LINKE fordert eine staatliche Finanzierung in Milliardenhöhe durch den Bund und die Fraktion der FDP möchte es im Hinblick auf die Finanzierungsverantwortung am ehesten bei der derzeitigen Zuständigkeitsverteilung belassen. Ist die Erweiterung der Finanzverantwortung auf die gesetzliche Renten- und Unfallversicherung sowie die soziale Pflegeversicherung angesichts des Nutzens der Prävention eine sinnvolle Weiterentwicklung? Und da wir hier schon viele andere Träger angesprochen haben: Welchen Vorteil hätte es aus Ihrer Sicht, wenn auch die Grundsicherung für Arbeitslose und die Arbeitslosenversicherung zur Mitfinanzierung herangezogen würden?

SV Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz: Die Ausdehnung der Präventionsaufgaben auf die Rentenversicherung folgt einer zwingenden Logik. Als vor Jahrzehnten die Rehabilitation als eigene Maßnahme in die Rentenversicherung eingeführt und finanzierbar gemacht wor-

den ist, um Versicherte länger arbeitsfähig zu erhalten, gab es noch nicht die entwickelten Präventionsmöglichkeiten, über die wir mittlerweile verfügen. Daher muss man heute den gleichen Grundgedanken auf die Prävention anwenden.

In der Pflegeversicherung gibt es schon seit ihrer Einführung eine Passage in dem Gesetz, die vorsieht, dass die Pflege mit der Prävention verknüpft werden soll. Es gab dazu aber niemals ein Ausführungsgesetz. Daher haben wir hier einen Nachholbedarf. Da etwa 15 Prozent der Pflegefälle präventiven und rehabilitativen Maßnahmen durchaus zugänglich sind, wäre es ein Gebot der Klugheit, eine entsprechende Bestimmung zu schaffen.

In der Arbeitslosenversicherung ist die Lage komplexer. Die größte Gesundheitsgefährdung für die Arbeitslosen geht von der Arbeitslosigkeit selbst aus. Gerade deshalb braucht dieser Personenkreis, der im Bereich der persönlichen Lebensführung aus der Bahn zu geraten droht, insbesondere bei längerfristiger Arbeitslosigkeit eine Unterstützung. Es gibt schon lange einen arbeitsmedizinischen Dienst. Dieser hatte zwar bisher andere Aufgaben, es wäre aber durchaus sinnvoll, ihn in Richtung auf die Prävention umzuorientieren. Hier ist eine schwierige Entwicklungsarbeit zu leisten. Aus fachlicher Sicht wäre die Umorientierung zu begrüßen, gesetzestechnisch wäre hier aber auch ein abgestuftes Vorgehen denkbar.

SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Ich möchte noch einmal betonen, dass aus unserer Sicht alle Systeme der sozialen Sicherung in die Prävention einbezogen werden müssen, das heißt natürlich auch alle Sozialversicherungsträger. Überall dort ist präventive oder gesundheitsfördernde Arbeit möglich. Des Weiteren wird hier viel über Settings geredet. Ich möchte einmal ein konkretes Beispiel für ein solches Setting nennen, nämlich den Betrieb. Sicherlich können die gesetzliche Unfallversicherung, aber auch alle anderen Sozialversicherungszweige, die mit der Arbeitswelt zu tun haben, in diesem Bereich eine sinnvolle Arbeit leisten. Aber auch die Unternehmen der privaten Krankenversicherung müssen einbezogen werden; allerdings wird eine entsprechende gesetzliche Regelung große Probleme aufwerfen. In Bezug auf die Zielgruppe der Beamtinnen und Beamten muss vor allem die Frage geklärt werden, welchen Beitrag die Beihilfe zu Prävention und Gesundheitsförderung leisten kann.

Im Zusammenhang mit der Grundsicherung für Arbeitslose und der Arbeitslosenversicherung hat Prof. Schwartz bereits einen wichtigen Punkt angesprochen, indem er darauf hingewiesen hat, dass die entsprechenden Gefährdungen im Grunde durch den Statusverlust eintreten. Die Beratung in Fragen der Prävention muss durch diejenigen erfolgen, die mit den Arbeitslosen am ehesten in Kontakt kommen, das heißt die Arbeitsämter oder die Betreuer im Zusammenhang mit dem Fallmanagement. Daher ist es auch sinnvoll, die Arbeitsämter finanziell an der Prävention zu beteiligen. Ein kluger Mann hat einmal gesagt: „Die Leistung folgt dem Geld“. Wenn also eine entsprechende finanzielle Beteiligung verpflichtend gemacht wird, dann stärkt das auch die Motivation, entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

Sve Dr. Melanie Wolters (Bundesagentur für Arbeit (BA)): Ich bin Expertin für die Gesamtstrategische Arbeitsmarktentwicklung und speziell verantwortlich für das Thema Prävention, allerdings im Sinne einer Verhinderung von Arbeitslosigkeit. Wir haben uns in der Vergangenheit bereits ausgiebig mit der Frage auseinandergesetzt, ob die Bundesagentur für Arbeit an der Gesundheitsprävention auch finanziell beteiligt werden sollte, falls es zu einem Präventionsgesetz kommen sollte. Unsere klare Antwort darauf lautet, dass wir finanziell nicht beteiligt werden sollten, weil unser wichtigster Beitrag zur Präventionsarbeit darin besteht, Menschen und Arbeit zusammenzubringen. Dadurch beeinflussen wir die sozialen Determinanten von Gesundheit und Krankheit in einem positiven Sinne. Wenn wir unseren Beitragssatz senken wollen, brauchen wir alle Kräfte für die Arbeitsvermittlung. Wenn wir unseren Auftrag jedoch noch um direkte gesundheitsbezogene präventive Maßnahmen erweitern, verlieren wir dieses Ziel aus dem Blick und büßen auch die finanzielle Kraft ein, die wir brauchen, um uns um die sozialen Determinanten von Gesundheit und Krankheit kümmern zu können. Außerdem bin ich der Ansicht, dass noch nicht ausreichend bekannt ist, welche präventiven Leistungen die Bundesagentur für Arbeit auch auf der Ebene der ARGE bereits erbringt. So haben wir beispielsweise einen Psychologischen und einen Ärztlichen Dienst, die vom ersten Beratungsgespräch an bis zur beruflichen Rehabilitation beteiligt sind. Sobald ein junger Mensch zu uns in die Berufsberatung kommt, wird er mit

Blick auf seine Berufswahl darüber beraten und informiert, welchen Gesundheitsstatus er mitbringen muss bzw. welche gesundheitlichen Gefahren von bestimmten Berufen ausgehen. Das heißt, wir sind auf der individuellen Ebene primärpräventiv tätig. Wenn Menschen ihren Beruf aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben können, kommen sie nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation zu uns und beginnen mit einer beruflichen Rehabilitation. Auch die hat präventive Züge. Diese Maßnahmen setzen aber erst relativ spät ein. Ich denke, wir sind im primärpräventiven Bereich, nämlich dort, wo wir beraten und informieren, deutlich erfolgreicher. Wir haben dort unsere Stärken, wo wir auf die sozialen Determinanten für die Gesundheit Einfluss nehmen. Daher bin ich der Ansicht, dass es keiner weitergehenden Einbeziehung der Bundesagentur für Arbeit in die Finanzierung der Prävention bedarf, sondern dass die gesundheitspräventiven Maßnahmen, die wir jetzt schon durchführen, ausgebaut werden sollten. Das betrifft den Ärztlichen Dienst, die Berufsberatung und auf der Ebene der ARGE das Fallmanagement, das die Arbeitslosen und Arbeitsuchenden ausdrücklich als ganzheitliche Menschen und eben auch unter den Aspekten von Gesundheit oder Krankheit in den Blick nimmt. Daher sollten uns, so denken wir, keine weiteren finanziellen Verpflichtungen auferlegt werden, sondern wir sollten unsere Kräfte dort bündeln, wo unser Know-how konzentriert ist, nämlich in der Arbeitsvermittlung.

Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP): Bevor ich auf Fragen der Struktur und der politischen Ausgestaltung der Prävention zu sprechen komme, möchte ich eine Frage zur Präventionsforschung an Prof. Froböse richten. In Ihrer Stellungnahme vertreten Sie die These, dass Deutschland bei der Präventionsforschung ins Hintertreffen geraten sei. Wie könnte nach Ihrer Ansicht die Präventionsforschung insgesamt verbessert werden? Welche Institutionen sollten beteiligt werden und welche Bereiche der Forschung müssten ausgebaut werden?

SV Prof. Dr. Ingo Froböse: Bevor man über Forschung reden kann, muss sie erst einmal existieren. Im internationalen Vergleich stehen wir hier relativ ungünstig da. In der vergangenen Woche hat das BMBF einen Workshop zur Präventionsforschung durchgeführt. Auch da konnte man sehen, dass wir in vielen Fragen

sozusagen noch in den Kinderschuhen stecken. Es gibt eine ganze Reihe von Ansätzen insbesondere für fächerübergreifende Strategien der Präventionsforschung. Aber wir bräuchten auf jeden Fall erst einmal eine deutliche Erhöhung der finanziellen Ressourcen für die Präventionsforschung. Denn die Mittel, die das BMWF dafür zurzeit bereitstellt, sind viel zu gering, um nennenswerte Forschungsvorhaben durchführen zu können.

Das Forschungsprogramm der Bundesregierung im Rahmen der Roadmap für die Gesundheit ist natürlich sehr interessant und wichtig, aber es müsste viel stärker berücksichtigt werden.

Des Weiteren sollte eine zentrale Forschungs- und Koordinierungsstelle für die Prävention eingerichtet werden. Wir haben vorhin schon von einigen Ansätzen gehört, etwa von Evidenzbasierung, es wurde aber auch von einem Stochern im Nebel gesprochen. Bezogen auf die Forschungs koordinierung käme es darauf an, bestimmte Vorhaben in Gang zu setzen, beispielsweise die Entwicklung von gemeinsamen Methoden und Ansätzen zur Zieldefinition für Forschungsvorhaben sowie die gegenseitige Abstimmung bei der Publikation, Diskussion und Kommunikationen von Forschungsergebnissen. Hier reicht die Initiative, die derzeit vom BMBF ausgeht, nicht aus. Sie geht aber immerhin in die richtige Richtung.

Nun zu der Frage, welche Institutionen beteiligt werden sollten? Es liegt auf der Hand, dass wir es in der Präventionsforschung immer mit einer Anwendungsorientierung zu tun haben. In vielen anderen Bereichen sind wir in Deutschland, insbesondere bezogen auf die Grundlagenforschung, sehr gut aufgestellt. Prävention heißt aber immer Anwendung, insbesondere unter den Aspekten der Nachhaltigkeit, der Dauerhaftigkeit, der Durchdringung und der Festsetzung. Das heißt, die Forschung muss in die Lebenswelten eindringen und die sind multifaktoriell und multikausal. Daher müssen wir über die derzeit beteiligten Ressorts hinaus weitere Ressorts mit einbinden, beispielsweise die Ressorts Umwelt und Verbraucherschutz, Bildung und Forschung sowie insbesondere auch das Familienministerium. Dies zeigt sich am Beispiel von Kindern und Jugendlichen. Wenn Kinder und Jugendliche durchschnittlich 3 Stunden und 55 Minuten pro Tag vor dem Fernseher oder vor dem Computer sitzen, dann deutet das darauf hin, dass in den Familien etwas nicht funktioniert. Der Zusammenhang zwischen Familie und Gesundheit wird derzeit in der Forschung viel zu

wenig beachtet. Insbesondere die BZgA müsste aufgrund ihrer hohen Forschungskompetenz unbedingt in die Präventionsforschung einbezogen werden.

Der stellvertretende Vorsitzende, Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU) übernimmt den Vorsitz.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Sie hatten auf die BZgA, also auf eine bereits bestehende Struktur hingewiesen. Es gibt Pläne, solche Strukturen auszuweiten. Entsprechende Forderungen finden sich in einigen Anträgen, aber auch in Gesetzesentwürfen früherer Bundesregierungen. So lautet etwa ein Vorschlag, länderspezifische Präventionsräte einzurichten. Was halten Sie von solchen neuen Strukturen und wie würden diese mit den bisher vorhandenen Strukturen zusammenpassen?

SV **Prof. Dr. Ingo Froböse**: Ich sehe solche Vorschläge sehr kritisch, insbesondere unter dem Aspekt, dass man mit deren Umsetzung eine Arbeit, die oft seit vielen Jahren relativ erfolgreich erbracht wird, entmutigen würde, auch wenn man sich hier natürlich noch einen höheren Durchdringungsgrad wünschen würde. Die Neueinrichtung von länderspezifischen Präventionsräten käme fast einer Inflationierung von Strukturen gleich, denn man hätte dann 17 kleine Räte und damit ein hohes Ausmaß an Bürokratisierung, Formalisierung und Dezentralisierung, welches insgesamt fatal für die Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wäre. Es gibt ja bereits eine ganze Reihe von schlagkräftigen Institutionen, deren Potentiale müssten wir nur deutlich besser nutzen. Wir brauchen keine neuen Strukturen und wir brauchen auch keine länderspezifischen Präventionsräte. Das einzige, was wir ganz sicher benötigen, ist eine zentrale Koordinierungsstruktur. Einige der bestehenden großen Institutionen bieten ausgezeichnete Rahmenbedingungen dafür, die wir einfach nur nutzen müssten und die man nicht umgehen sollte, um sie nicht zu entmutigen.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Herr Prof. Froböse, Sie sind Universitätsprofessor im Zentrum für Gesundheit der Sporthochschule Köln. Sie hatten schon erwähnt, dass häufig darüber diskutiert wird, was im familiären

Bereich und in der Schule getan werden kann, damit die Prävention bei Kindern und Jugendlichen möglichst frühzeitig beginnt, um nicht später auf Fehlentwicklungen reagieren zu müssen. In diesem Zusammenhang wird häufig auf Fehlernährung und vor allem auf mangelnde Bewegung hingewiesen. Was wären nach Ihrer Auffassung die richtigen Rahmenbedingungen für gesundheitsfördernde Programme im Bereich des Sports, die eine Alternative zu neuen Präventionsstrukturen darstellen könnten? Wie könnte man mehr Anreize dafür schaffen, dass die Familien vermehrt von sich aus etwas für die Prävention gerade bei Kindern und Jugendlichen tun?

SV Prof. Dr. Ingo Froböse: In der Wissenschaft geht man davon aus, dass etwa 85 Prozent der Bevölkerung – und das ist insbesondere für Kinder und Jugendliche fatal – inaktiv sind. Inaktivität hat eine ganze Reihe von negativen Folgen. Ich sage immer: Wer sich keine Zeit für Bewegung nimmt, der muss sich irgendwann Zeit für seine Krankheiten nehmen. Das gilt insbesondere für Kinder, bei denen dieser Impuls schon ganz früh verlorengegangen ist. Was wir hier in den Familien erleben, ist wirklich fatal. Deshalb sehe ich mit großer Sorge, was in diesem Bereich zurzeit geschieht. Wir führen mit Recht die sogenannte Pisa-Diskussion, aber die bedenkliche Folge davon ist auch eine Reduktion bewegungsaktiver Maßnahmen, die in eine Schule einfach hineingehören. Man muss sich klar machen, was es bedeutet, wenn wir sowohl im Kindergarten als auch in der Schule eine Minimierung der bewegungsfördernden Maßnahmen erleben. Wir haben in den Schulen derzeit im Durchschnitt 1,2 Sportstunden pro Woche; das ist im Vergleich mit anderen Ländern sehr wenig. Daran erkennt man auch, in wie geringem Maße Kinder an das Thema Bewegung herangeführt werden. Wir haben alle relativ schlechte Erfahrungen mit dem Schulsport gemacht. Das zeigt, dass wir vor allem die entsprechenden Kompetenzen in der Lehrerschaft rasch verbessern müssen. Ähnliches gilt für die Kindergärten; auch für die Erzieherinnen sind Bewegung und Sport kaum ein Thema. Das erkennt man auch an den Bewegungsangeboten, die dort gemacht werden. Eine erste Verbesserung der Rahmenbedingungen müsste darin bestehen, das Thema Sport wieder deutlich in den Vordergrund zu rücken und es nicht nur als Randfach zu behandeln. Die zweite ganz wichtige Verbesserung wäre eine Kompe-

tenzsteigerung bei den Multiplikatoren. Der Sportunterricht sollte endlich von den Sportlehrern, die auch die Kompetenz dafür haben, erteilt werden und nicht von Lehrern, die Sport lediglich im Zweitfach studiert haben. Denn andernfalls machen die Kinder schlechte Erfahrungen mit dem Sportunterricht mit der Folge, dass sie auch später keinen Sport mehr betreiben. Des Weiteren wäre es wünschenswert, mehr Bewegungsräume in den Schulen zu schaffen. Die Bausünden, die in den sechziger und siebziger Jahren in den Schulen begangen worden sind, wirken sich bis heute fatal aus. Wir haben dort kaum noch Bewegungsräume, die wirklich zur Bewegung animieren oder dazu anregen, sich auch einmal außerhalb der Sportstunde zu bewegen. Die Reduktion der Schwimmbadzeiten und die bauliche Verwahrlosung der Sporthallen sind typische Indizien dafür, dass es mit dem Schulsport bergab geht. Ich bin davon überzeugt, dass es dringend erforderlich ist, hier tätig zu werden, um die Rahmenbedingungen zu verbessern. Ich glaube, dies würde uns auch in der Gesundheitsförderung einige Schritte voran bringen.

Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Sie äußern sich auch zu Fragen der Infrastruktur von Prävention. Welche Akteure sollen für den Aufbau dieser Infrastruktur Ihrer Meinung nach zuständig sein und an welche konkreten Maßnahmen und Ziele wird in diesem Zusammenhang gedacht?

Sve Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Eine gute Präventionspolitik erfordert nicht nur Kooperation, Koordination und Vernetzung der entsprechenden Akteure, sondern auch den Aufbau einer nachhaltigen Infrastruktur. Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, daher dürfen für den Aufbau einer entsprechenden Infrastruktur nicht die Sozialversicherungsträger herangezogen werden. Dafür muss vielmehr die öffentliche Hand die Verantwortung übernehmen, also Bund, Länder und Gemeinden. In die Prävention müssen auch Steuergelder fließen, d. h. in einem Präventionsgesetz müssten neben den Sozialversicherungsträgern auch die verschiedenen Akteure der öffentlichen Hand als Träger benannt werden. Ich kann mir drei konkre-

te Maßnahmen vorstellen: Erstens eine Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, denn in diesem Bereich sind in den letzten Jahren viele Maßnahmen eingeschränkt worden. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist ab-, statt aufgebaut worden. Zwei andere Ansatzpunkte, die mir auch sehr wichtig erscheinen, betreffen die frühen Hilfen für Familien, insbesondere für Risikofamilien. Ich möchte hier namentlich das Projekt der Einführung einer Familienhebamme nennen, wie es derzeit in einigen Bundesländern diskutiert wird, oder auch die Einführung einer Familiengesundheitspflegerin nach dem Konzept der WHO Family Health Nurse. Beide Institutionen sind geeignet, insbesondere Risikofamilien von Anfang an zu begleiten und auch langfristig zu beraten. Eine gute Alternative hierzu wären im Übrigen die Familienpflegerinnen.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich richte meine Frage an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. In der zahnmedizinischen Versorgung hat man seit dem Ende der achtziger Jahre Erfahrungen in der Prävention sammeln können, so etwa bei der Kollektivprophylaxe, bei Früherkennungsuntersuchungen, beim Zahnersatz-Bonusmodell und vielem anderen mehr. Wie haben sich diese Strukturen auf die Mundgesundheit ausgewirkt und könnte dies Modellcharakter für andere Bereiche haben?

SV **Dr. Jürgen Fedderwitz** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Hier gibt es Erfolge, die auch wissenschaftlich belegt sind. Wenn wir in Rechnung stellen – wie Herr Fink das eingangs gesagt hat –, dass es sehr schwierig ist, das menschliche Verhalten zu verändern, dann haben wir hier modellhafte Erfolge erzielen können. Ich möchte Ihnen am Beispiel einiger Zahlen die Dimensionen verdeutlichen: Bei 12-jährigen Kindern ist der Kariesbefall seit 1997, als wir unsere dritte Mundgesundheitsstudie aufgelegt haben – mittlerweile gibt es eine vierte –, um fast 60 Prozent zurückgegangen. Bei dem sogenannten Indexwert (DMFT-Wert), der auf Empfehlung der WHO weltweit erhoben wird, liegen wir mit derzeit 0,7 für diese Altersgruppe weltweit an der Spitze. 70 Prozent der 12-Jährigen hatten im Jahr 2005 ein naturgesundes Gebiss, bis zu 80 Prozent aller Kinder und Jugendlichen werden gruppenprophylaktisch betreut. In den letzten 15 Jahren ist die Inanspruchnahme individualprophylaktischer Leistungen, die das

zweite wesentliche Standbein neben der Gruppenprophylaxe darstellen, von 7 auf 43 Prozent angestiegen. Zugleich möchte ich darauf hinweisen, dass die Zahnverluste bei Erwachsenen und Senioren innerhalb der letzten zehn Jahre deutlich zurückgegangen sind. Sicherlich konzentrieren wir uns im zahnärztlichen Bereich auf Kinder und Jugendliche. Wir dürfen aber auch die älteren Mitbürger nicht aus den Augen verlieren, besonders diejenigen nicht, die zunehmend immobil werden bzw. in Pflege- und Altenheimen leben. Hier wird ein zusätzlicher Aufgabenbereich auf uns zukommen.

Insgesamt gibt es im Wesentlichen drei Bereiche, in denen Präventionserfolge wissenschaftlich belegt sind. Das sind erstens, wie bereits erwähnt wurde, die AIDS-Aufklärungskampagnen, zweitens die betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und drittens die Individual- und Gruppenprophylaxe. Offenbar kommt es darauf an, dass das, was man machen will und machen muss, direkt an der Basis ankommt. Wir brauchen deshalb auch keine neuen bürokratischen Strukturen, weil diese einen Großteil des Geldes aufzehren würden, das man für zusätzliche Maßnahmen im Bereich der Prävention benötigt. Ich will es ein wenig spöttisch formulieren, es ist aber durchaus ernst gemeint: Wenn man den Anspruch erhebt, ähnlich wie beim ZDF-Fernsehrat, mit allen gesellschaftlich relevanten Gruppen über Prävention zu reden, dann wird sich sozusagen unten bei den Betroffenen wenig bewegen. Es gibt in unserem Bereich eine zentrale Koordination. Prof. Froböse hat bereits darauf hingewiesen, wie sinnvoll das ist. Es ist die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege, die – wenn Sie so wollen – die allgemeinen Gesundheitsziele festlegt, die dann bis hinunter zum örtlichen Arbeitskreis umgesetzt werden. Hier arbeitet man eng mit den regionalen Krankenkassen, den Zahnärzten und dem öffentlichen Gesundheitsdienst zusammen. Allerdings muss man beklagen, dass gerade im öffentlichen Gesundheitsdienst zunehmend Planstellen aus Kostengründen wegrationalisiert worden sind, und dies leider immer zuerst im zahnärztlichen Bereich. Aber die Erfolge, die wir in der Verbindung von individualprophylaktischen mit gruppenprophylaktischen Maßnahmen erzielen konnten, haben ganz wesentlich dazu beigetragen, dass wir uns nun vorrangig unseren „Sorgenkindern“ zuwenden können. Grob geschätzt treten 80 Prozent der Kariesfälle bei rund 20 bis 25 Prozent der Kinder auf. Wir müssen unser Augenmerk mehr denn je auf diese Kinder richten, die eine deut-

liche soziodemographische Hintergrundproblematik aufweisen. Aber auch das sollte man nicht oben veranlassen, sondern die Probleme direkt vor Ort, wo sie festgestellt werden, zu bewältigen versuchen.

Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP): Es wurde schon mehrfach über die Finanzierung von Präventionsmaßnahmen gesprochen. In der Tendenz wurde dabei die Auffassung deutlich, dass Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt, die auch gesamtgesellschaftlich finanziert werden sollte. Gleichwohl wird immer wieder der Vorschlag unterbreitet, die Beitragsgelder der Versicherungen dafür zu verwenden. Auf die Sozialversicherungen wurde bereits hingewiesen. Deshalb möchte ich die private Krankenversicherung fragen, ob es aus ihrer Sicht notwendig ist, in der Prävention tätig zu werden und, wenn dies bejaht wird, in welchen Bereichen?

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Auch die private Krankenversicherung bekennt sich zur Prävention, das ist keine Frage. Wir unterscheiden dabei jedoch zwischen verschiedenen Präventionsarten und Beteiligungsebenen. Zunächst geht es um das Individuum, über das heute bislang wenig gesprochen wurde. Ohne Eigenverantwortung wird jede Präventionsstrategie erfolglos bleiben. Des Weiteren gibt es die Ebene der Solidargemeinschaften der Versicherungsträger, die insbesondere im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention gefordert sind. Schließlich haben wir die Ebene der Primärprävention, bei der die Gesamtgesellschaft gefordert ist. Primärprävention lässt sich nicht auf Gesundheitspolitik reduzieren, sie schließt auch die Familienpolitik, die Bildungspolitik, die Wohnungsbaupolitik usw. mit ein. Wenn gesagt wird, dass sich alle beteiligen müssen und man sich gegenseitig darin überbietet, Einzelakteure aufzuzählen, dann läuft dies im Ergebnis darauf hinaus, dafür das Instrument einzusetzen, das die Gesellschaft dafür vorsieht, nämlich die Steuer.

Wie Sie wissen, engagiert sich die private Krankenversicherung auch im Bereich der Primärprävention, und zwar auf freiwilliger Basis. Das möchte ich betonen. Wir sind ganz wesentlich beteiligt an dem Projekt, dessen Vorzeigecharakter hier heute mehrfach hervorgehoben worden ist, nämlich an der AIDS-Prävention. Wir haben zudem beschlossen, uns

unabhängig vom Zustandekommen eines Präventionsgesetzes sehr stark beim Thema Jugendliche und Alkohol zu engagieren, indem wir dazu große Kampagnen durchführen. Wir lehnen es jedoch ab, in ein Gesetz einbezogen zu werden; zum einen aus ordnungspolitischen Gründen, die ich gerade schon erwähnt habe, und zum anderen aus formalen rechtlichen Gründen, die auch von der Bundesregierung anerkannt worden sind. So hat Bundesministerin Schmidt ausdrücklich gesagt, dass es keine rechtliche Möglichkeit gebe, die PKV gesetzlich zur Prävention zu verpflichten. Auch die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat in der letzten Legislaturperiode eingeräumt, dass dem verfassungsrechtliche Gründe entgegenstünden. Gleichwohl stehen wir zu unserem Engagement in der Primärprävention, vorausgesetzt, dass die Freiwilligkeit gegeben ist und dass ein Nutzen nachweisbar oder zumindest sehr wahrscheinlich ist, dass die Mittel konzentriert, das heißt nicht auf viele Einzelmaßnahmen aufgeteilt, sondern auf wirksame Kampagnen verwendet werden, mit denen sich auch langfristige Erfolge erzielen lassen. Dafür bedarf es aber keines Zwanges. Wir machen das freiwillig, unabhängig vom Zustandekommen eines Präventionsgesetzes.

Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP): Ich habe noch eine Frage an die Bundespsychotherapeutenkammer. In welcher Form können Psychotherapeuten zu mehr Eigenverantwortung des Einzelnen beitragen?

SV Prof. Dr. Rainer Richter (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Die Frage zielt auf einen besonderen Bereich, nämlich auf die Prävention bei psychischen Erkrankungen oder – anders ausgedrückt – auf die Bewahrung der seelischen Gesundheit. Hier gilt es, wie in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung auch, spezielle Aspekte zu beachten. Wir haben nach wie vor das Problem der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen. Die EU hat gerade ein neues Programm aufgelegt, um auf dieses Problem hinzuweisen. Prävention in Bezug auf stigmatisierte Erkrankungen durchzuführen, ist besonders schwierig. Das zeigen auch die bisherigen Ansätze zur Prävention. Unserer Meinung nach bedarf es gerade deshalb einer übergreifenden Finanzierung, weil nur so gewährleistet werden kann, dass Präventionsprogramme in diesem schwierigen Umfeld greifen. Prävention kann überhaupt nur

gelingen, wenn die entsprechenden Aktivitäten an den Lebenswelten der Zielgruppen ansetzen.

Wir haben schon viel über die Verhaltensprävention gehört. Dazu können Psychotherapeuten sicherlich etwas beitragen, aber ich möchte auch ganz deutlich betonen, dass es sehr wichtig ist, unterschiedliche Akteure zu beteiligen und dass die Aspekte der seelischen Gesundheit insgesamt stärker berücksichtigt werden müssen. Wir haben sehr viel über übergewichtige Kinder, Bewegungsmangel, Fernsehen und vieles andere gehört. Dahinter stehen in aller Regel erhebliche Defizite in den Familien oder in den sozialen Strukturen im Hinblick auf die Gestaltung emotional stabiler, verlässlicher und entwicklungsfördernder Beziehungen. Dies muss bei Präventionsprogrammen berücksichtigt werden. Dazu können die Psychotherapeuten mit Sicherheit etwas beitragen, aber es ist auch wichtig, dass es alle anderen Akteure ebenfalls tun. Das gilt für die Hebammen, die Family Health Nurses und natürlich auch für die Hausärzte.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Meine erste Frage richtet sich an den Einzel-sachverständigen Thomas Altgeld. Wir haben eine hohe Übereinstimmung darin, dass im Gesundheitswesen ein Paradigmenwechsel erfolgen muss. Im Antrag der Fraktion DIE LINKE. wird dies ausgeführt. Herr Fink sprach heute ebenfalls davon. Mich interessiert, wie Sie den Stand einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen, insbesondere zu den angelsächsischen Ländern beurteilen und welchen politischen Handlungsbedarf Sie daraus ableiten?

SV Thomas Altgeld: Ich denke, Deutschland ist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern im Hinblick auf die Prävention noch ein Entwicklungsland. Es gibt Länder in Europa wie die Schweiz und Österreich, die zentrale Regelungen getroffen haben, insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung. Dort kann das Problem, worüber wir hier seit langem diskutieren, dass die Träger immer nur Geld von der Sozialversicherung abschöpfen, überhaupt nicht auftreten, weil die Pflicht besteht, Eigenmittel in die Projekte einzubringen. Die Projekte haben zugleich aber auch die Sicherheit, dass Mittel bei einer zentralen Stelle beantragt werden können. Dagegen ist es in

Deutschland, wo es etwa 250 Kassen gibt, wesentlich schwieriger, Geld für ein sinnvolles Präventionsprojekt zu bekommen. Manche Grundschullehrerin, die vor Ort etwas für mehr Bewegung, bessere Ernährung oder für die Stressbewältigung tun will, landet selten auf Anhieb bei der richtigen Stelle bzw. muss sehr lange warten, bevor sie Geld bekommt. Solche Probleme treten in der Schweiz und Österreich nicht mehr auf, denn hier gibt es einen bestimmten Anteil von Mitteln, die in einen Pool fließen, und es gibt Mittel, die die Träger der Prävention selbst aufbringen. Ein anderes Beispiel liefert England, wo sich die Prävention auf sozial Benachteiligte konzentriert. Dort benennt man sogenannte „health action zones“, das heißt Stadtteile, in denen gesundheitliche Problemlagen gehäuft auftreten, und konzentriert die öffentlichen Gelder auf die Gruppen, die den größten Bedarf haben. In der Diskussion heute herrschte weitgehende Übereinstimmung, dass die sozial Benachteiligten durch die Maßnahmen, die bislang durchgeführt worden sind, nicht erreicht werden. Man stimmt aber nicht darin überein, die vorhandenen Mittel auf diese Zielgruppen zu konzentrieren. Vielmehr werden die Mittel bisher im Widerspruch zum Gesetzesauftrag einseitig zugunsten bessergestellter Gruppen investiert, also zugunsten von Gruppen, in denen Prävention auch auf andere Weise gefördert werden könnte. Wenn man sich am englischen oder auch am holländischen Beispiel orientieren würde, dann hieße das, öffentliche Gelder nur in den Bereichen zu investieren, in denen bislang keine größeren Investitionen stattfinden.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Wir haben heute schon gehört, welche verschiedenen Faktoren Einfluss auf den Gesundheitsstatus haben, also Einkommen, Bildung, Berufsstand usw. Mich würde interessieren, welche Politikfelder Sie neben der Gesundheitspolitik noch im Zugzwang sehen und was deren Beitrag zu Gesundheitsförderung und Prävention sein könnte?

SV Thomas Altgeld: Ich möchte zunächst etwas in diesem Umfeld sicherlich Ungewöhnliches tun. Ich möchte Sie bitten, einmal kurz aufzustehen, sich zu strecken und sich einmal um die eigene Achse zu drehen. Danach können Sie sich wieder hinsetzen. Ich wollte mit diesem kleinen Beispiel deutlich machen, dass es bei der Prävention an Alltagsroutine mangelt. Es mangelt nicht an Programmen für ge-

sunde Ernährung. Es gibt allein im Kinder- und Jugendbereich über 300 Programme unterschiedlicher Träger, die alle das gleiche Ziel haben. Die Frage ist vielmehr, wie man das im Schulalltag umsetzen kann. So etwas, wie wir es gerade praktiziert haben, in einer öffentlichen Anhörung einmal kurz aufzustehen und eine Bewegungspause einzulegen, muss zur Routine und unterstützt werden. Es gibt sehr gute Konzepte für eine bewegte Schule, die nicht nur den Sportunterricht im Auge haben, sondern darauf ausgerichtet sind, dass auch einmal im Mathematikunterricht Bewegungspausen gemacht werden bzw. dass Bewegung insgesamt in die Pausengestaltung mit einfließt. Genau so etwas müssten öffentliche Geldgeber vermehrt, insbesondere in Schulen, die nicht so gut gestellt sind, organisieren. Es geht eben darum, andere Alltagsroutinen einzuführen, und es wäre die Aufgabe der öffentlichen Hände und der Sozialversicherungsträger, hier gezielter zu investieren und nicht in eine Programmviefalt, die den hauptsächlich betroffenen Gruppen letztlich nichts nützt.

Abg. Dr. Ilja Seifert (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an Herrn Altgeld, an den Sozialverband Deutschland und den Deutschen Landkreistag. Sie haben die sozial benachteiligten Gruppen angesprochen und gesagt, welche Prioritäten, etwa stadtteilbezogene, gesetzt werden sollten. Gibt es Ihrer Ansicht nach bestimmte weitere Gruppen von Menschen, die der Prävention besonders bedürfen? Können Sie uns eine Art Rangfolge dafür nennen, wer der Prävention besonders bedarf, ob das zum Beispiel Menschen mit chronischen Erkrankungen, mit Behinderungen oder eher Menschen mit Migrationshintergrund, eher Kinder oder eher alte Menschen sind?

SV Thomas Altgeld: Sie haben die Rangfolge eigentlich bereits selbst benannt. Aber man kann die Betrachtungsweise auch umkehren: Alle, die derzeit nicht von den Präventionsmaßnahmen erreicht werden, müssten ganz oben auf die Liste gesetzt werden.

Die Krankenkassen achten sehr stark auf die Prozess- und Strukturqualität ihrer Aktivitäten. Man muss sehr genau nachweisen, dass man eine bestimmte Ausbildung gemacht hat, dass die Maßnahmen in bestimmten Räumen durchgeführt werden und man muss viele Dokumentationspflichten erfüllen, wenn man entsprechende Kurse durchführt. Dagegen wird im

Nachhinein nicht überprüft, was der Kurs bei den Gruppen, die daran teilgenommen haben, wirklich bewirkt hat. Das ist so, als wenn man sich in der Autoindustrie nicht dafür interessieren würde, ob das Auto, das man unter Einhaltung hoher Qualitätsstandards produziert hat, auch tatsächlich fährt. So ähnlich verhält es sich aber in der deutschen Präventionslandschaft. Wir haben keinen Nachweis über die Wirksamkeit von Verhaltenspräventionsmaßnahmen, so wie sie derzeit durchgeführt werden, und man erreicht mit ihnen vor allem die Menschen, die bereits ein hohes Maß an Eigenmotivation mitbringen und daher eigentlich nicht durch die Kassen zusätzlich motiviert werden müssten.

Sie haben die wichtigste Zielgruppe bereits angesprochen, es handelt sich – wenn man es auf einen Nenner bringen will – insbesondere um Menschen mit einem niedrigen Bildungsniveau. Wenn man sich die Lebenserwartung anschaut, dann zeigt sich, dass Männer aus dem unteren Einkommensviertel zehn Jahre früher sterben als Männer aus dem oberen Einkommensviertel. Die beiden Gruppen unterscheiden sich in erster Linie durch Bildung und Einkommen. Es wäre daher notwendig, genauer auf die Probleme im unteren Einkommens- und Bildungssegment zu achten und dort auch mehr zu investieren.

SVe Dr. Gabriele Kuhn-Zuber (Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)): Es ist schwierig, ein Ranking vorzunehmen und zu sagen, welche Gruppen in welcher Reihenfolge in den Fokus der Prävention gestellt werden sollen. Selbstverständlich wird man diejenigen, die aufgrund ihres geringen Einkommens, ihres niedrigen Bildungsgrades oder ihres geringen Sozialstatus in geringerem Maße am gesellschaftlichen Leben teilhaben als andere, zuerst in den Blick nehmen. Dazu gehören natürlich Kinder aus sozial benachteiligten Gruppen, die von Anfang an kaum eine Chance haben, am gesellschaftlichen Leben gleichberechtigt teilzunehmen, wenn nicht entsprechende Maßnahmen getroffen werden, wenn sie also nicht von vornherein im Rahmen der kindlichen Frühförderung, in den Schulen und später in der Ausbildung entsprechende Unterstützung erhalten. Aber selbstverständlich ist es ebenso wichtig, Menschen mit individuellen Einschränkungen zu erreichen, das heißt behinderte oder chronisch kranke Menschen, für die in erster Linie die Tertiärprävention in Betracht kommt, um eine Verschlimmerung der Behin-

derung oder der chronischen Krankheit zu verhindern. Wichtig ist auch die Evaluation von Maßnahmen, darin möchte ich meinem Vorredner zustimmen. Es gibt keine angemessene Evaluation darüber, welche Maßnahmen bei welchen Gruppen wie wirksam und effizient sind. Wir brauchen eine Stelle, die erprobte Maßnahmen bzw. gute Praxisbeispiele so umzusetzen hilft, dass sie bei den Gruppen, für die sie gedacht sind, auch wirksam werden.

SV Jörg Freese (Deutscher Landkreistag): Ich möchte einige Bemerkungen allgemeiner Art machen. Es ist wichtig, darüber zu reden, welche Zielgruppen erreicht werden sollen. Die Kommunen sind aber bisher immer nur im Hinblick darauf genannt worden, dass sie endlich mehr zahlen sollen. Wir halten jedoch die Aufgabe für wichtiger, Zielgruppen zu identifizieren, die wir ohnehin genau kennen, weil wir über die Sozialhilfe – das Stichwort Frühförderung ist bereits gefallen – über die Jugendhilfe und über den öffentlichen Gesundheitsdienst hautnah mit den Menschen in Kontakt kommen und natürlich wissen, in welchen Stadtteilen, Dörfern und Orten die Menschen mit besonderen Problemen leben. Für diese Aufgabe der Identifizierung von Zielgruppen sind wir prädestiniert. Daher müssen wir in die Lage versetzt werden, dies auch zu leisten. Dies ist eine Aufgabe der Länder, die nicht auf Bundesebene gelöst werden kann. Es ist zu Recht beklagt worden, dass die Ausstattung der Gesundheitsämter weniger gut ist als sie bundesweit sein sollte.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Es ist unsere Hoffnung als Oppositionsfraktionen, dass wir mit unseren Anträgen die Koalition dazu bewegen, ein vernünftiges Präventionsgesetz vorzulegen. Es ist bislang viel zu Fragen der Finanzierung und der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung gesagt worden. Meine Frage an den IKK-BV lautet: Wie beurteilen Sie Überlegungen, die Mittel über einen Fonds oder über eine Stiftung zusammenzuführen und dann zu verausgaben?

SV Dr. Bernd Metzinger (IKK-Bundesverband (IKK-BV)): Die Finanzierung für den Setting-Bereich über eine Stiftung abzuwickeln, ist eine Idee, die wir ursprünglich entwickelt hatten. Deshalb wollen wir das heute auch nicht anders darstellen. Ich bitte auch

um Verständnis dafür, dass wir diese Lösung nach wie vor positiv bewerten. Allerdings gilt dies ausschließlich für ganz bestimmte Aspekte. Wir sehen nämlich im Hinblick auf die Umsetzung einer gesellschaftsweiten Finanzierung der primären Prävention verfassungsrechtliche Schwierigkeiten. Nun bin ich Mediziner und nicht Verfassungsrechtler, insofern kann ich nur auf das Gutachten von Seewald und anderen verweisen, die deutlich sagen, dass eine Zusammenführung von Mitteln in einem Fonds oder einer Stiftung immer dann problematisch ist, wenn dort Gelder von Bund und Ländern, also von unterschiedlichen Gebietskörperschaften einfließen. Denn es gibt das sogenannte Abschottungsgebot. Deshalb ist eine Stiftungs- oder Fondslösung verfassungsrechtlich problematischer als bei der Konstruktion, die wir uns ursprünglich vorgestellt hatten. Wir wollten ja eine Stiftung ausschließlich mit den Sozialversicherungen gründen, und dies wäre auch verfassungsrechtlich möglich gewesen. Wenn man die Finanzierung jedoch auf eine breitere Grundlage stellt, funktioniert die Fondslösung aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Ich richte meine Frage an die BAG der Freien Wohlfahrtspflege. Wie bewerten Sie die Tatsache, dass die Mittel für Prävention gegenwärtig vor allem für Programme der Wissensvermittlung und der Aufklärung verausgabt werden und wie ist dies mit dem Ziel, soziale Ungleichheiten zu verringern, zu vereinbaren bzw. kann dies mit solchen Programmen gelingen?

SVe Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW)): Von den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der Prävention fließt der Großteil von über 80 Prozent in die individuelle Verhaltensprävention und nur ein verschwindend geringer Teil von – so meine ich – nicht einmal 5 Prozent in die settingbezogene Verhältnisprävention. Vorhin haben wir bereits erfahren, dass vor allem die Mittelschichten und die Gruppen mit höherem Sozialstatus von diesen Programmen profitieren. Diese Gruppen weisen aber ohnehin schon einen vergleichsweise guten Gesundheitszustand auf. Sozial benachteiligte Menschen, die höhere gesundheitliche Belastungen haben, werden von diesen Pro-

grammen hingegen nicht erreicht. Daher bedarf es aus unserer Sicht dringend einer Umsteuerung. Es sollte in allen Sozialversicherungszweigen ein bestimmter Anteil der Mittel für die Primärprävention reserviert werden und davon wiederum ein bestimmter Anteil für settingbezogene Maßnahmen.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Abschließend richte ich noch eine Frage an Herrn Altgeld. Herr Spieth hat vorhin von der Hoffnung gesprochen, ein Präventionsgesetz anregen zu können. Falls dies in den nächsten Monaten nicht gelingt – viel Zeit steht dafür nicht mehr zur Verfügung –, hätten Sie dann einen Vorschlag, welche Sofortmaßnahmen man ergreifen könnte?

SV Thomas Altgeld: Als Sofortmaßnahme könnte man ganz einfach eine Quotierung durch eine Änderung des § 20 SGB V einführen, auf die sich Kassen im Wege der Selbstverpflichtung nicht haben einigen können. So könnte man festlegen, dass nicht bloß 18 Cent, sondern vielleicht 1 Euro oder 1,50 Euro in die Lebenswelten investiert werden sollen. Darüber hinaus wäre es von Vorteil, wenn die Bundesregierung beim Thema Prävention ein einheitlicheres Bild bieten würde, so wie es bei dem nationalen Aktionsplan Bewegung und Ernährung des BMG derzeit der Fall ist. Es gibt viele Politikbereiche, die mittelbar und unmittelbar positive Wirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung erzielen könnten. Daher wäre ein koordiniertes Vorgehen aller Ministerien durch Einrichtung eines interministeriellen Arbeitskreises eine sehr einfache Maßnahme, um die Zusammenarbeit im Bereich Prävention voranzubringen. Das Vorhaben könnte durch das BMG koordiniert werden und es wäre auch relativ einfach umzusetzen, weil es keiner neuen gesetzlichen Regelungen bedürfte.

Und noch eine letzte Bemerkung: Es gibt in der Politik und auch in der Gesundheitswissenschaft eine gewisse Sehnsucht nach Kampagnen. Dem liegt die Auffassung zugrunde, man müsse nur möglichst viele Informationen verbreiten, um eine bestimmte Wirkung zu erzielen. Wir verbreiten in Deutschland aber eher zu viele Informationen in diesem Bereich, und es gibt kaum ein Beispiel dafür, dass mit einem Mehr an Informationen tatsächlich auch mehr erreicht worden wäre. Die AIDS-Kampagne, auf die heute schon mehrfach hingewie-

sen wurde, ist in einer ganz bestimmten gesellschaftlichen Situation durchgeführt worden, die durch große Angst vor dieser Krankheit geprägt war. Deshalb konnte man mit relativ einfachen Botschaften viel bewirken. In Bezug auf die zentralen Präventionsprobleme wie Ernährung, Bewegung oder Stressbewältigung sind die zentralen Botschaften jedem von uns, auch den sozial Benachteiligten, bekannt. Wir haben kein Informations- und Kampagnendefizit, sondern ein Defizit der Verhältnisprävention in den Lebenswelten. Daher müssen öffentliche Gelder in diese Lebenswelten fließen.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zwei Fragen an Herrn Prof. Geene. Meine Fraktion plädiert in ihrem Antrag für ein Präventionsgesetz zur nichtmedizinischen Primärprävention. Halten Sie eine solche Unterscheidung in medizinische und nichtmedizinische Prävention für sinnvoll? Weiterhin schlagen wir vor, ein Entscheidungsgremium auf Bundesebene zu errichten, das Präventionsziele und -schwerpunkte festlegt und bestehende Strukturen besser als bislang miteinander vernetzt. Halten Sie das für sinnvoll und wer sollte in einem solchen Gremium vertreten sein?

SV Prof. Dr. Raimund Geene: Zur ersten Frage: Es gibt einen breiten Konsens darüber, dass vor allem der Bereich der nichtmedizinischen Primärprävention weiterentwickelt werden muss. Das ergibt sich aus historischen Erfahrungen, die von der Kanalisierung von London über die Charta von 1860 aus dem Athen der dreißiger Jahre und die Ottawa-Charta bis heute reichen. Die nichtmedizinische Prävention ist der Bereich mit dem größten Potential. Man sagt, dass zwischen 60 und 80 Prozent der Lebenserwartung eines Menschen damit zusammenhängen. Insofern ist es fachlich geboten, dass der Bereich der nichtmedizinischen Primärprävention stärker gefördert wird. Es stellen sich in diesem Zusammenhang aber auch ganz pragmatische Fragen, weil die hierfür zur Verfügung stehenden Mittel insgesamt so gering sind, dass ihr Einsatz dringend einer Fokussierung bedarf. Die beiden größten für diesen Zusammenhang maßgebenden Bereiche, die Medizin und der Sport, bestehen aus einer so großen Zahl von Akteuren, dass die Mittel keinesfalls ausreichen würden, um diese Sektoren mit abzudecken. Das wäre wirklich nur ein Tropfen auf den

heißen Stein, insofern ist diese Form der Steuerung nicht möglich. Wenn wir also von dem bisherigen Grundgedanken des Präventionsgesetzes ausgehen, müssen wir uns auf den nichtmedizinischen Primärpräventivbereich beschränken.

Zur zweiten Frage: Es ist von großer Wichtigkeit, ein zentrales Entscheidungsgremium auf Bundesebene einzurichten. Denn an dieser Stelle bedarf es eines Trägers oder Akteurs, der in der Lage ist, neue übergreifende Impulse zu geben. Das Grundproblem der Prävention in ihrer derzeitigen Form besteht darin, dass sie in viele einzelne Teilaufgaben segmentiert ist. Erst ein Entscheidungsgremium auf Bundesebene, das natürlich auch mit den entsprechenden Ressourcen und inhaltlichen Kompetenzen ausgestattet sein müsste, hätte die Möglichkeit, entsprechende Schwerpunkte zu setzen. Als ein solches Gremium wäre sicherlich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung prädestiniert. Allerdings müsste man – das habe ich auch in meiner Stellungnahme zum Ausdruck gebracht – in diesem Zusammenhang überlegen, ob der Name BZgA dann noch angemessen ist. Denn gesundheitliche Aufklärung ist ein Reduktionismus, der aus der Zeit stammt, als die BZgA gegründet wurde, also aus den sechziger Jahren. Heute müsste man das Gremium offensiv umbenennen in „Bundeszentrale für Gesundheitsförderung“. Eine solche Weiterentwicklung dieser Einrichtung wäre eine zukunftssichernde Investition in diese nachgeordnete Behörde.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte nun auf die Finanzierung zu sprechen kommen. Wir haben in unserem Antrag vorgeschlagen, zunächst 500 Mio. Euro für die Primärprävention vorzusehen bei einer gemeinsamen Finanzierungsverantwortung von Sozialversicherungsträgern, PKV, Bund, Ländern und Kommunen. Herr Prof. Geene, wie beurteilen Sie diesen Vorschlag im Hinblick auf die genannten Träger und die Finanzierungssumme und welche Alternativen sehen Sie?

SV Prof. Dr. Raimund Geene: Mir erscheint es aus steuerungspolitischer Sicht grundsätzlich sinnvoll, alle Sozialversicherungsträger weitgehend einzubeziehen. Die Sozialversicherungsträger haben in Deutschland, anders als in anderen Staaten, die Aufgabe, die gesundheitliche und soziale Sicherung zu gewährleisten.

Dieser Gestaltungsauftrag bezieht sich auf das gesamte System der gesundheitlichen Sicherung. Wenn wir die Prävention als einen zentralen Bereich der gesundheitlichen Sicherung ansehen, dann sollten diejenigen, die für diesen Sektor insgesamt zuständig sind, auch die Verantwortung für die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen übernehmen. Und wenn sogar das Bundesversicherungsamt bestätigt, dass in vielen Fällen vom Einzelversicherungsgrundsatz zugunsten eines Lebensweltbezuges abgewichen werden muss, dann unterstreicht dies ausdrücklich die Legitimität dieses Vorgehens. Es ist einfach eine sinnvolle Strategie. Insofern warne ich davor zuzulassen, dass sich hier einzelne Träger aus der Verantwortung stehlen. Eine Steuerung ausschließlich über Steuern würde dazu führen, dass in den einzelnen Bereichen noch weniger Präventionsmaßnahmen realisiert würden. Darauf hat sich auch die Kollegin von der Bundesagentur für Arbeit bezogen. Sie hat auf einige Formen von präventiven Aktivitäten hingewiesen, die die Bundesagentur für Arbeit bereits durchführt. Ich meine, das ist deutlich zu wenig und entspricht auch in zu geringem Maße dem Konzept von Gesundheitsförderung, das wir hier in der Diskussion verwenden und das auch dem internationalen Standard entspricht. Dabei geht es eben nicht nur um einzelfallbezogene Leistungen, sondern auch um aktive Hilfe, gerade in Arbeitslosenzentren, wo man mit modernen Strategien der Gesundheitsförderung, mit Setting-Ansätzen, etwas bewirken kann. Es ist dringend notwendig, dass der Gedanke der Prävention in die einzelnen Sozialversicherungszweige hineinwirkt und dass diese sich umgekehrt insgesamt an der Finanzierung beteiligen.

Die 500 Mio. Euro, die von Ihnen, Frau Bender, in die Diskussion gebracht worden sind, wären sicherlich eine solide Startfinanzierung, wenn wir davon ausgehen, dass die Prävention eine Entwicklungsaufgabe ist und sukzessive wachsen soll. Längerfristig sollten die Beträge allerdings wesentlich erhöht werden. Man sollte ein progressives Modell entwickeln, das man nach und nach weiterentwickeln kann. Selbst die von der Fraktion DIE LINKE. genannte Summe von 1 Mrd. Euro kommt mir, zumindest längerfristig betrachtet, nicht abwegig vor.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Altgeld. Sie regen in Ihrer Stellung-

nahme an, dass antragstellende Träger von Lebenswelten, z. B. Schulen oder Kitas, für die Finanzierung von Setting-Projekten auch einen Eigenanteil leisten sollten. Wie hoch sollte der Eigenanteil Ihrer Meinung nach maximal sein, um Projekte nicht zu überfordern, sie aber auch in die Lage zu versetzen, Gelder selbstständig zu akquirieren?

SV Thomas Altgeld: Mit meiner Antwort begeben Sie sich natürlich auf Glatteis. In der Schweiz gibt es einen Eigenanteil von 30 und in Österreich von 25 Prozent bei der Finanzierung von Projekten. Ich denke, jedes Projekt ist in der Lage, einen Eigenanteil in dieser Größenordnung, also bis zu einem Drittel, zu finanzieren. Das kann bei einigen Projekten, je nach dem, wo sie angesiedelt sind, sogar bis zu einer hälftigen Finanzierung gehen. Man schafft klare Verhältnisse, wenn man festlegt, dass für jeden beantragten Euro ein weiterer Euro anderweitig aufgetrieben werden muss. Ich glaube, das können die meisten Projekte auch leisten, so wie ich das Feld kenne. Im Übrigen möchte ich noch eine Nebenbemerkung zu der Behauptung machen, dass die öffentlichen Hände nicht sehr viel in die Prävention investieren würden. Ich glaube, die größten Präventionsträger auf allen Ebenen in Deutschland sind nach wie vor die öffentlichen Hände und nicht die Sozialversicherungsträger. Es ist nur relativ schlecht dokumentiert, was sie in diesem Bereich ausgeben. Im Hinblick insbesondere auf den schulischen Bereich sind relativ viele Ausgabenposten für Prävention in den Haushalten der Kultusministerien der Länder verborgen. Man müsste das einmal genauer überprüfen. Nach meiner Auffassung ist hier eine hohe Kapazität zur Kofinanzierung vorhanden. Die müsste man nutzen. Dies könnte man mit einem zentralen Anreizsystem tatsächlich tun und so die Projektlandschaft bereichern, wie das die Projekte in Österreich und der Schweiz beweisen.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Sie bringen in Ihrer Stellungnahme die Befürchtung zum Ausdruck, dass die bisherigen Aktivitäten in der Prävention umgewidmet werden könnten und somit bestehende Ressourcen auf der Ebene von Ländern und Kommunen ersetzt würden. Woran denken Sie dabei konkret?

SV Wolfgang Schmidt (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)): Das ist nicht bloß eine Befürchtung, sondern es gibt in der Tat die Tendenz, die auch schon von anderen Kolleginnen und Kollegen angesprochen wurde, dass Kommunen sich aus bestimmten Finanzierungen – allerdings nicht aus den von Herrn Altgeld gerade erwähnten versteckten Initiativen im Bereich der Prävention – zurückziehen, wenn es speziell nur für settingbezogene Ansätze ausgewiesene Geldmittel geben würde. Daher erheben wir die Forderung, über eine Kofinanzierung oder auch über andere Mechanismen sicherzustellen, dass Kommunen und Länder bzw. die öffentliche Hand insgesamt sich nicht zurückziehen, wenn ein Präventionsgesetz möglicherweise verabschiedet wird.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Frage an Prof. Geene. Wie bewerten Sie unseren Vorschlag, für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung eigene, von der evidenzbasierten Medizin unabhängige Qualitätsentwicklungskonzepte zu entwickeln?

SV Prof. Dr. Raimund Geene: Dieser Vorschlag ist sinnvoll und er zeigt davon, dass Sie sich bereits im Detail in die Problematik der Umsetzung hineingedacht haben. Denn das Konzept der evidenzbasierten Medizin kann selbstverständlich nicht auf die Prävention übertragen werden. Das hat einen ganz einfachen Grund: Das Konzept der evidenzbasierten Medizin bezieht sich auf einen Krankheitsfall, der zu kurieren ist, also auf eine dichotome Fragestellung. Jemand ist krank, und später ist er nicht mehr krank. Die Prävention hingegen ist eine hochkomplexe Strategie, und das bedeutet auch, dass es längerfristiger Maßnahmen bedarf, um gesundheitliche Entwicklungen zu beeinflussen. An der demographischen Entwicklung kann man das sehr deutlich ablesen. Wenn die Lebenserwartung in jedem Jahrzehnt ein bis zwei Jahre zunimmt, dann ist dies auf Parameter zurückzuführen, die aus komplexen gesellschaftlichen Zusammenhängen resultieren. Die Primärprävention zielt darauf ab, Prozesse zur Verbesserung dieser Lebenswelten zu unterstützen. Mit ihr können nicht kurzfristig messbare Erfolge erzielt werden, sondern es bedarf eines längerfristigen Prozesses, in dem es darum geht, Maßnahmen Stück für Stück zu entwickeln und immer wieder den

sich verändernden Lebensrealitäten der Menschen anzupassen.

Die Vorsitzende, Abg. Dr. Martina Bunge übernimmt wieder den Vorsitz.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an Prof. Froböse. Um die Qualitätssicherung voranzubringen, schlagen Sie vor, Anreize für die Lebenswelträger und für die an Präventionsmaßnahmen teilnehmenden Personen zu setzen, z. B. in Form von Bonusprogrammen. Haben Sie Erkenntnisse darüber, ob das Instrument der Bonusprogramme bei der vorrangigen Zielgruppe der sozial Benachteiligten greifen und zu einer vermehrten Inanspruchnahme führen würde?

SV Prof. Dr. Ingo Froböse: Wir wissen aus vielerlei Erfahrungen, die wir selbst gemacht haben, dass, wenn es um das eigene Portemonnaie ging, finanzielle Anreize durchaus ein Motiv zur Veränderung von Handlungsweisen sein können. Nehmen wir das Beispiel Verkehr: In der Kraftfahrzeugversicherung gibt es schon seit vielen Jahren eine bestimmte Bonifikation, wenn man sich im Straßenverkehr korrekt verhält. Ähnliche Anreize gibt es auch in anderen Systemen, etwa in Sozialversicherungssystemen anderer, vor allem asiatischer Länder, allerdings in einer moderneren Form. Auch hier kann man erkennen, dass eine Belohnung zu einer Verhaltensänderung führt. Das bedeutet Folgendes: Wenn wir beispielsweise ein Anreizsystem für Unternehmen entwickeln würden – und ich habe bewusst in meiner Stellungnahme das Thema Arbeitswelt gewählt –, etwa über die Unfallversicherung, dann würden wir sicherlich eine positive Entwicklung anstoßen. Exemplarisch könnte hier das „Disability Management“ sein. Wenn wir in diesen Bereich investieren würden, dann hätte dies sicher auch einen Nutzeffekt. Insgesamt ist anzunehmen, dass ein Anreizsystem in der Anfangsphase sicherlich positive Anreize entfalten würde. Im Hinblick auf Ziele wie Nachhaltigkeit oder Durchsetzungsfähigkeit kann dies jedoch nicht die einzige Methode sein.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich

an die Bundespsychotherapeutenkammer. Welche Voraussetzungen muss Ihrer Ansicht nach ein Präventionsgesetz erfüllen, damit die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland nachhaltig gefördert wird?

SV Dr. Dietrich Munz (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Die Prävention psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen ist außerordentlich wichtig. Hierzu bedarf es einer kostenträgerübergreifenden Koordination der Angebote. Denn häufig werden identische Maßnahmen von verschiedenen Kostenträgern in sehr unterschiedlichen Bereichen angewandt, beispielsweise zur Gewaltprävention in der Kinder- und Jugendhilfe. Ähnliche Programme werden zur Prävention von psychischen Erkrankungen wie Ängsten und Depressionen eingesetzt. Ich denke, dass hier die Notwendigkeit einer kostenträgerübergreifenden Verantwortung für die Prävention deutlich wird. Ebenso wichtig für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist die Prävention bei entweder körperlich oder psychisch chronisch kranken Eltern. Denn hier beobachten wir ein hohes Risiko bei den Kindern, ebenfalls zu erkranken. Deshalb ist eine zielgerichtete Prävention innerhalb der Familien erforderlich.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den Deutschen Hebammenverband. Sie thematisieren vor allem Prävention und Gesundheitsförderung rund um die Geburt als Voraussetzung dafür, dass Kinder gesund aufwachsen. Wie kann es gelingen, insbesondere sozial benachteiligte Eltern und Familien zu erreichen?

Sve Ulrike von Haldenwang (Bund Deutscher Hebammen e. V. (BDH)): Ich möchte mich dafür bedanken, dass Sie das Thema angeschnitten haben. Es ist inzwischen durch Studien erwiesen, dass Gesundheitsprävention bei jungen Familien besonders erfolgreich ist, weil sie in dieser Lebensphase besonders offen dafür sind, ihr Verhalten zu ändern. Man kann sehr gut mit der Prävention während der Schwangerschaft beginnen und diese dann bis zum ersten Lebensjahr fortsetzen, in einer Zeit also, in der die Weichen für die Kinder gestellt werden.

Wie kann es nun gelingen, gesundheitlich benachteiligte Familien einzubinden? Es gibt schon viele Ressourcen, auf die man zurückgreifen kann. 95 Prozent der Frauen nehmen die Vorsorge beim Gynäkologen wahr, über 95 Prozent der Familien gehen später zu den Untersuchungen zum Kinderarzt und bei über 70 Prozent der Familien sind wir Hebammen bereits vor Ort zuhause. Es gibt also bereits eine aufsuchende Struktur, die viele Möglichkeiten dafür bietet einzugreifen. Ich denke, sehr wichtig ist eine gute Vernetzung. Wir müssen darauf achten, dass die verschiedenen Berufsgruppen gut zusammenarbeiten und dass Einrichtungen wie Familien- oder Gemeindezentren diese Berufsgruppen mit einbeziehen, um so die Familien an das öffentliche Gesundheitswesen anzubinden. Es geht also nicht nur darum, dass die Familien zur Vorsorge kommen oder dass die Hebamme in die Familien kommt. Wichtig ist vielmehr auch die Frage, wie man die Familien dazu bringt, an den gesellschaftlichen Prozessen teilzunehmen. Ich bin davon überzeugt, dass dies gelingen kann, wenn wir wirklich zusammenarbeiten und wenn wir über die vorhandenen Möglichkeiten besser informieren. Ich plädiere natürlich auch dafür, dass wir Hebammen mehr als nur 60 oder 70 Prozent der Familien erreichen. Diese Werte haben wir durch unser eigenes Engagement erreicht. Es müsste daher geprüft werden, welche Fördermaßnahmen man ergreifen könnte, damit die vorhandenen Strukturen von allen Familien genutzt werden. Nach meinem Eindruck orientieren sich die Informationsmaterialien, die wir derzeit verwenden, noch zu sehr am Bildungsbürgertum und sind daher wenig geeignet für Menschen, die nicht gerne lesen. Hier muss etwas getan werden, das heißt, man muss auch andere Medien wie etwa das Fernsehen oder das Radio einsetzen. Wenn wir das tun, werden wir, so glaube ich, recht erfolgreich sein.

Abg. **Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an den IKK-Bundesverband, an Herrn Fink und Herrn Schulz. Welche Bedeutung haben Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, welche Lebenswelten sollten Ihrer Meinung nach berücksichtigt werden und wie sollten diese organisiert sein?

SV **Dr. Bernd Metzinger** (IKK-Bundesverband (IKK-BV)): Lebenswelten, die

auch als Settings bezeichnet werden, sind ein Kontext, über den insbesondere sozial Benachteiligte erreicht werden können. Lebenswelten zu gestalten bedeutet, aufsuchende Hilfen zu gestalten, in die Welt der Mitmenschen hineinzugehen und dort für die Prävention aktiv zu werden. Wir halten die Prävention in Lebenswelten für eine besonders wichtige Maßnahme, der wir alle bisher zu wenig Beachtung geschenkt haben. Die Bedeutung der Lebenswelten kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Wir könnten uns vorstellen, dass entsprechende Präventionsmaßnahmen beispielsweise in Schulen stattfinden. Sie wissen, dass wir als GKV solche Projekte schon durchgeführt haben. Es gibt aber auch weitere Settings, wie z. B. die Arbeitswelt, in denen wir als Krankenkassen ebenfalls schon ein erhebliches Maß an Erfahrung gesammelt haben. Weniger Erfahrung gibt es in Deutschland bislang mit der Prävention in Settings wie Stadtteilen. Hier können wir aber vom Ausland lernen, beispielsweise von Großbritannien, wo so etwas in erheblichem Umfang praktiziert wird. In den Settings erreichen wir die Menschen, die wir ansonsten nicht erreichen könnten. Da dies der einzige Zugangsweg zu diesen Menschen ist, messen wir ihm große Bedeutung bei und plädieren dafür, ihn weiter auszubauen.

SV **Ulf Fink**: Ich möchte unterstreichen, was Herr Metzinger gesagt hat. Die Lebenswelten haben unter dem Gesichtspunkt, dass man die Prävention in Deutschland verstärken möchte, eine ganz zentrale Bedeutung. Dabei stellt sich die Frage, welche Lebenswelten man auswählen sollte. Klar ist, dass man möglichst früh mit der Prävention beginnen sollte. Das bedeutet, dass Kindergärten und Schulen einen zentralen Stellenwert unter den Lebenswelten haben. Es bedeutet nicht, dass man andere Lebenswelten vernachlässigen sollte, aber es bleibt dabei: Je früher man damit beginnt, desto besser ist es. Wie kann man die Prävention am besten organisieren? Wie kann man erreichen, dass man zu den Lebenswelten vordringt, ohne eine Zentralisierung vornehmen zu müssen? Das sind auch zentrale Fragen für das Präventionsgesetz, das hoffentlich noch in dieser Legislaturperiode Gestalt annehmen wird. Ein wichtiger Gesichtspunkt ist dabei, dass Kindergärten und Schulen sich derzeit überlegen müssen, an welche der 250 Krankenkassen sie sich wenden sollen. Es wäre daher sicher von Vorteil, wenn man sich an eine bestimmte Institution wenden könnte und nicht von Pontius zu Pila-

tus laufen müsste. Es muss etwas getan werden, damit dieses Feld leichter zu überblicken ist. Dafür benötigt man aber keine Landesräte oder dergleichen, sondern man kann sich vorstellen, dass der Gesetzgeber einen Auftrag an die Sozialversicherung, konkret an die gesetzlichen Krankenkassen, gibt, das Verfahren so zu organisieren, dass Kindergärten oder Schulen einen konkreten Ansprechpartner haben. Auf dem Hauptstadtkongress – ich erwähnte ihn vorhin, als Prof. Schwartz seinen Vorschlag unterbreitete – hat Herr Dr. Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender der AOK-BV, darauf hingewiesen, dass man sich vorstellen könnte, die regionalen Knoten als Ansprechpartner zu benennen, ohne dass es dazu neuer Bürokratien bedürfte. Mir erscheint dies als ein sinnvoller Vorschlag; daher sollte der Gesetzgeber diesen Weg gehen.

SV Manfred Schulz: Ich möchte einen der Setting-Ansätze besonders herausstellen: Das ist die betriebliche Gesundheitsförderung, die seit vielen Jahrzehnten zu den unverzichtbaren und erfolgreichen Instrumenten gehört, insbesondere im Hinblick auf das Ziel, die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen auch mit alternden Belegschaften zu sichern. Die Betriebe gehören neben den Schulen und den Kindergärten zu den wichtigsten Lebenswelten mit erheblicher Bedeutung für das Gesundheits- und Präventionsverhalten. Außerdem sind die Präventionsmaßnahmen in den Betrieben im Vergleich mit anderen Settings mit am effizientesten. Nirgendwo kann eine so große Personenzahl mit begrenztem Mitteleinsatz so nachhaltig und erfolgreich erreicht werden wie in den Betrieben. Das gilt nicht nur für die Mitarbeiter der Betriebe, sondern darüber hinaus in vielen Fällen auch für deren Familienangehörige, weil diese häufig in die betrieblichen Programme mit einbezogen werden. Ich möchte dabei auf die Screenings verweisen, die wir selbst für Tausende von Mitarbeitern durchführen und in die wir natürlich auch die Familienangehörigen mit einbeziehen. Hauptakteure sind hier die gesetzlichen Krankenkassen, insbesondere die Betriebskrankenkassen, die gemeinsam mit ihren Trägerunternehmen bedarfsgerechte und arbeitsplatzbezogene Programme entwickeln und umsetzen. Sie tun dies in Zusammenarbeit mit den Werksärzten, den Fachbereichen, den Werksleitungen, den Betriebs- bzw. Personalräten sowie den Personalabteilungen. Die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförde-

rung im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements liegen in der Regel weit über dem Durchschnitt dessen, was gefordert ist, weil die Betriebe bzw. die Trägerunternehmen viele zusätzliche Maßnahmen über ihre eigenen Werke finanzieren. Ich rate dringend dazu, diesen erfolgreichen Setting-Ansatz bei allen geplanten gesetzlichen Regelungen zu erhalten und konsequent weiterzuführen.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundeszahnärztekammer und an den Sachverständigen Herrn Fink. Welche Gründe sprechen für eine Orientierung von Prävention und Gesundheitsförderung an Zielen? Aus welchen, auch internationalen Erfahrungen leiten Sie Ihre Einschätzung ab?

Sve Dr. Beate Robertz-Grossmann (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG)): Wir wissen alle, dass es wichtig ist, die knappen Ressourcen, die uns zur Verfügung stehen, zielorientiert auszugeben. Dafür sprechen sowohl die internationalen als auch die nationalen Erfahrungen in Deutschland bei der Bestimmung von Gesundheitszielen. Wir übertragen dies gerade auf den Bereich der Prävention. Denn das einzige, was uns in Deutschland derzeit noch fehlt, ist eine verbindliche Zielorientierung. Alles, was wir in diesem Bereich derzeit vorfinden, hat keinen verbindlichen, sondern nur Empfehlungscharakter. Wir schlagen deshalb vor, den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen damit zu beauftragen, eine entsprechende Synopse zu erstellen und daraus eine Empfehlung für die Formulierung prioritärer nationaler Präventions- und Gesundheitsförderungsziele abzuleiten. Durch das übliche Anhörungsverfahren des Sachverständigenrates bei der Erstellung von Gutachten wäre die Einbeziehung aller maßgeblich Beteiligten gewährleistet. Über die Empfehlung des SVR sollte dann abschließend der Deutsche Bundestag entscheiden, damit die Zielorientierung tatsächlich auch Verbindlichkeit auf nationaler Ebene erhalten würde.

SV Dr. Paul Rheinberger (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich möchte mich der Vorrednerin vorbehaltlos anschließen und auch nichts wiederholen. So viel sei aber ge-

sagt: Es muss einfach Schluss sein mit diesem Flickenteppich aus Yogakursen, Wellness-Wochenenden in Firstclass-Hotels oder ähnlichen Angeboten. Denn die bewirken gar nichts. So kann man das Anliegen der Primärprävention nicht voranbringen. Man muss sich vielmehr auf bundesweit einheitliche Ziele einigen und diese präzisieren.

SV Dr. Dietmar Oesterreich (Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. (BZÄK)): In der Zahnmedizin spielen Gesundheitsziele eine zentrale Rolle. Dr. Fedderwitz hat bereits dargestellt, welche nachhaltigen Erfolge in der Zahnmedizin in den letzten Jahren erzielt worden sind. Die Bundeszahnärztekammer hat, um diese Orientierung deutlich zum Ausdruck zu bringen, entsprechende Gesundheitsziele entwickelt, die einer ständigen Evaluation unterzogen werden. Dafür gibt es in Deutschland einen Ansatz, der im Public Health-Forschungsbereich gerade für die Zahnmedizin durch den Berufsstand selbst entwickelt wird und bei dem Versorgungsforschungsaspekte im Vordergrund stehen. Die Zielorientierung war bisher also schon eine wesentliche Grundlage für nachhaltige Erfolge in der Zahnmedizin und wird dies auch weiterhin bleiben. International kann man beispielhaft auf Erfahrungen in den skandinavischen Ländern verweisen, die schon viel früher damit begonnen haben. Aber auch unsere eigenen Erfolge sind erst möglich geworden, nachdem wir zu Beginn der neunziger Jahre durch das Aufstellen von Gesundheitszielen in der Zahnmedizin eine Umorientierung – wir sprechen auch von einem Paradigmenwechsel hin zu einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – vorgenommen haben.

SV Ulf Fink: Es gibt eine bemerkenswerte Studie der Bertelsmann-Stiftung, die sich mit der Frage beschäftigt, wie es mit den Erfolgen der Prävention in verschiedenen Ländern bestellt ist. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass man sich in den erfolgreicherer Ländern regelmäßig auf gemeinsame Präventionsziele verständigt hat und dass dies eine wesentliche Grundlage für eine sinnvolle nationale Präventionspolitik darstellt. Wir haben allerdings in Deutschland – und das darf in der Diskussion nicht untergehen – nun einmal die von der Verfassung vorgegebenen unterschiedlichen Gebietskörperschaften. Der Bundestag kann

nur Gesetze verabschieden, die den Bund und die Sozialversicherung betreffen, er kann aber nicht über die Obliegenheiten von Ländern und Kommunen entscheiden. Der Deutsche Bundestag kann daher keine Präventionsziele festlegen und diese dann auch für die Länder und Kommunen verbindlich machen. Dazu hat er nicht das Recht. Es ist zwar notwendig, eine Institution einzurichten, einen Bundesgesundheitsrat oder etwas Vergleichbares, aber es ist auch klar, dass dessen Beschlüsse nur empfehlenden, aber keinen verpflichtenden Charakter für Länder und Kommunen haben.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes und den Deutschen Städtetag. Welche Rolle spielt der öffentliche Gesundheitsdienst gegenwärtig bei der Prävention?

SVe Dr. Elke Bruns-Philipps (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Der öffentliche Gesundheitsdienst hat immer schon sozialmedizinische und bevölkerungsmedizinische Aufgaben gehabt. Die Mittel dafür sind leider vielfach gekürzt worden. Gleichwohl bin ich davon überzeugt, dass ein wesentlicher Teil unserer Arbeit nach wie vor darauf ausgerichtet ist, sozial bedingte Ungleichheiten im Gesundheitsstatus zu beseitigen. Viele Aufgaben, die der ÖGD wahrnimmt, sind heute schon – wie von Ihnen gefordert – darauf ausgerichtet, sozial benachteiligte Gruppen zu erreichen, insbesondere durch Beratung, Reihenuntersuchungen in Kindergärten und Schulen, also an Orten, an denen man grundsätzlich alle Kinder erreichen kann. Dabei legen wir unseren Schwerpunkt natürlich auf Schulen in solchen Stadtteilen, die hohe Anteile an Migranten, an Alleinerziehenden, an zerrütteten Familien oder an Arbeitslosen haben. Das sind alles Dinge, die auf kommunaler Ebene durchaus bekannt sind. Und speziell der öffentliche Gesundheitsdienst achtet darauf, dass man in diesen Bereichen auch tätig wird.

SVe Anne Janz (Deutscher Städtetag): Ich kann dies aus der praktischen Arbeit bestätigen. Der öffentliche Gesundheitsdienst könnte alle diese Aufgaben, auch koordinierende Aufgaben auf der kommunalen Ebene, übernehmen, weil wir – ich sage es salopp – am besten

wissen, wo es brennt und wo es welchen Bedarf gibt. Daher hat der Deutsche Städtetag in seiner Stellungnahme deutlich gemacht, dass die Kommunen bei der Prävention ein gewichtiges Wort mitreden müssen, damit die bereits vorhandenen Ansätze weitergeführt werden können. Gleichzeitig benötigen wir verbindliche Rahmenbedingungen, die uns die Möglichkeit geben, die Maßnahmen, die wir vor Ort für notwendig halten, umzusetzen. Ich stimme meiner Vorrednerin zu, dass der öffentliche Gesundheitsdienst dazu einen wichtigen Beitrag leisten kann – auch deshalb, weil er in der Lage ist, die von vielen geforderte Vernetzung auf kommunaler Ebene herzustellen. Des Weiteren sind wir als Schulträger unter anderem für die baulichen Maßnahmen zuständig und können daher das, was Herr Altgeld eingefordert hat, nämlich mehr Bewegungsräume an den Schulen zu schaffen, in unsere Planungen einbeziehen. Wir sind auch für die Jugendhilfe im Bereich der Kindertagesstätten zuständig und können daher im Rahmen der frühen Hilfen frühzeitig damit beginnen, die Gesundheit von Kindern zu fördern. Wir können dabei über die Elternbildung auch spezielle Zielgruppen ansprechen. Ich nenne hier zum Beispiel Migranten, aber auch Partizipationsansätze, bei denen Betroffene selbst bestimmen können, was für sie in diesen Fragen am besten wäre. Von daher plädiere ich entschieden dafür, den öffentlichen Gesundheitsdienst in das Präventionsgesetz einzubeziehen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Wir haben gerade etwas über die betriebliche Gesundheitsförderung erfahren. Ich möchte dazu an den IKK-Bundesverband und die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände die Frage richten, was den Erfolg der betrieblichen Gesundheitsförderung in Deutschland ausmacht und welche Faktoren dazu beigetragen haben. Ergänzend dazu möchte ich vom Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte erfahren, wie sich die betriebliche Gesundheitsförderung weiterentwickeln ließe. Ich bitte dabei auch um Nennung konkreter Beispiele und Maßnahmen.

SV **Dr. Bernd Metzinger** (IKK-Bundesverband (IKK-BV)): Was macht den Erfolg der betrieblichen Gesundheitsförderung aus? Ich glaube, er ist dadurch bedingt, dass hier die Initiative von unten ausgeht, dass die

Mitarbeiter die Sache selbst in die Hand nehmen. Die betriebliche Gesundheitsförderung ist so organisiert, dass den Mitarbeitern nichts vorgegeben wird, sondern dass man ihnen die Gelegenheit gibt, selbst darüber nachzudenken, welche Dinge in ihrem Betrieb verändert werden könnten, um die Gesundheit zu verbessern oder Gesundheitsgefährdungen zu vermeiden. Ich glaube, das Erfolgsrezept besteht im Wesentlichen darin, über die Bildung entsprechender Gruppen die gesamte Belegschaft, aber auch den Chef, die Personalvertretung bzw. den Betriebsrat mit einzubeziehen. In den entsprechenden Gesundheitszirkeln finden dann die Beratungen der Menschen statt, die die Bedingungen vor Ort in ihrem Betrieb gut kennen. Noch einmal: Ich glaube, das Erfolgsrezept der betrieblichen Gesundheitsförderung besteht darin, dass es durch diejenigen gestaltet wird, die in dem Betrieb arbeiten.

SV **Gert Nachtigal** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)): Ich kann mich den Ausführungen von Herrn Metzinger anschließen. Die Krankenkassen praktizieren seit Jahren erfolgreiche Modelle zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Ihr Vorteil liegt in der Tat in der Nähe zu den Mitarbeitern im Betrieb, in den Kenntnissen über die Gepflogenheiten im Betrieb bzw. wie man die Mitarbeiter am besten erreicht. Das ist nichts Anonymes, sondern etwas sehr Personenbezogenes und darin liegt offensichtlich der Erfolg. Da die betriebliche Gesundheitsförderung ein solch erfolgreiches Instrument ist, sollte man auf jeden Fall verhindern, dass ihr Mittel entzogen werden und dass man diese an anderer Stelle investiert, beispielsweise in Kampagnen, Setting-Ansätze oder Ähnliches. Denn damit würde man funktionierende Strukturen zerstören.

SV **Dr. Peter Egler** (Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW)): Ich möchte mich dem Vorredner anschließen. Wir halten als Betriebs- und Werksärzte die betriebliche Gesundheitsförderung für außerordentlich wichtig und denken, dass sie – im Gegensatz zu einigen der diskutierten theoretischen Modelle – auch tatsächlich funktioniert. Wir können in der Praxis oft feststellen, dass das, was oben vorgedacht wird, unten nicht wirklich ankommt.

Sie haben konkret gefragt, wie sich die betriebliche Gesundheitsförderung weiterentwickeln

ließe. Auch aus unserer Sicht ist es dringend erforderlich, dass man endlich die Schnittstellenproblematik zwischen den einzelnen Kostenträgern in den Griff bekommt. Des Weiteren halten wir es für eine wesentliche Aufgabe insbesondere auch der Betriebs- und Werksärzte, die sozial schwachen Bevölkerungsgruppen in der Arbeitswelt zu erreichen. Wir machen die Erfahrung, dass wir durch unsere Aktionen, die wir weiter intensivieren könnten, auch eine mittelbare Wirkung auf die Familien der Beschäftigten erzielen.

Sie haben auch nach konkreten Beispielen gefragt. Wir sollten zum einen das klassische arbeitsmedizinische Thema, also die Gesundheit am Arbeitsplatz, weiter im Fokus behalten. Wir können zum anderen aber auch in erheblichem Maße zur Früherkennung allgemeiner präventabler Erkrankungen beitragen, insbesondere dadurch, dass wir beim ärztlichen Gespräch einen Zugang zu den Mitarbeitern haben, also in einen durch die Schweigepflicht geschützten Bereich, und dass wir Zeit für die Mitarbeiter bzw. Patienten haben.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Ich richte eine Frage an die IKK. Nach § 20 Abs. 2 SGB V sollten im Jahr 2006 mindestens 2,75 Euro pro versicherter Person für Primärprävention ausgegeben werden. Trifft es nach Ihrer Kenntnis zu, dass dieser Ausgabenbetrag im Jahr 2006 tatsächlich bei 3,29 Euro und im Jahr 2007 bei 4,25 Euro pro Person und Versichertem gelegen hat, dass aber der Anteil für Präventionsmaßnahmen im Setting – ohne die betriebliche Prävention – nur 5 bis 6 Cent betragen hat? Wie hoch waren die Ausgaben der Kassen ihrer Kassenart im Jahr 2007 für Prävention im Setting ohne die betriebliche Prävention? Können Sie uns versichern, dass der Anteil für Präventionsmaßnahmen im Setting ohne die betriebliche Prävention in ihrer Kassenart im Jahr 2007 über dem Anteil von 6 Prozent lag?

SV Dr. Bernd Metzinger (IKK-Bundesverband): Das sind sehr konkrete Fragen. Zunächst kann ich den Wert von 3,29 Euro für das Jahr 2006 in Bezug auf die GKV bestätigen. Es war zwar gerade auch von einem Wert von 3,30 Euro die Rede, aber diese Differenz ist wirklich marginal. Die anderen Zahlen, die Sie genannt haben, kann ich nicht bestätigen, da ich sie im Moment nicht verfügbar habe. Ich kann sie jedoch nachliefern, und

zwar bezogen sowohl auf die IKK als auch auf die GKV insgesamt. Wenn ich die Frage vorher gekannt hätte, wäre ich entsprechend vorbereitet gewesen. Wir können diese Zahlen noch innerhalb dieser Woche bereitstellen, wenn Sie damit einverstanden sind. Der Anteil der Ausgaben für Settings an den Gesamtausgaben für Prävention ist nach meiner Kenntnis in der Tat sehr niedrig; ob er allerdings bei nur 5 Cent liegt, kann ich nicht mit Sicherheit sagen.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Ich habe eine Frage an Herrn Fink. Wir haben vorhin schon einmal über das Thema „private Krankenkassen“ gesprochen. 10 Prozent der Bevölkerung sind privat versichert und profitieren somit schon heute von Gesundheitsförderungsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen in Schulen, Kindertagesstätten, Stadtteilen und bei der Zahnprophylaxe. Halten Sie es vor diesem Hintergrund für erforderlich, dass die private Kranken- und Pflegeversicherung sich an der Finanzierung von Settingmaßnahmen beteiligt?

SV Ulf Fink: Ich sehe die Notwendigkeit, die Beteiligung sollte aber nicht durch den Gesetzgeber zur Pflicht gemacht, sondern durch eine freiwillige Selbstverpflichtung herbeigeführt werden.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Meine nächste Frage richtet sich an das Gesunde Städtetzwerk und an Prof. Schwartz. Die Selbsthilfeförderung erfolgt zu einem großen Teil aus einem gemeinsamen Fonds der Krankenkassen. Das war nicht immer so. Ist nach Ihrer Einschätzung die Bewilligungspraxis durch die Umstellung auf einen gemeinsamen Fonds weniger bürokratisch und transparenter geworden? Hielten Sie es für zielführend, wenn die Finanzierung von Settingleistungen in ähnlicher Weise organisiert würde?

SV Karsten Mankowsky (Gesundes Städtetzwerk): Man kann durchaus feststellen, dass die Selbsthilfeförderung durch die neue gesetzliche Regelung vereinfacht worden ist. Die Selbsthilfegruppen haben nun einen Ansprechpartner und können hier die benötigten Mittel beantragen. Wir haben natürlich noch offene Wünsche, was die Finanzierung von

Settingmaßnahmen angeht. So ist es für einen Kindergarten oder eine Stadt außerordentlich schwierig, eine solche Maßnahme durchzuführen und an entsprechende Mittel zu kommen. Wir können uns vorstellen, dass wir die vorhandenen Strukturen in den Städten dafür nutzen. Wir haben bei uns im Rhein-Kreis Neuss eine Gesundheitskonferenz eingerichtet, bei der wir gemeinsam mit unseren Partnern aus dem Gesundheitswesen Maßnahmen vereinbaren und die Kassenmittel dann auch entsprechend verwenden. Es ist allerdings bedauerlich, dass einzelne Kassen weiterhin eigene Maßnahmen durchführen, ohne von den Möglichkeiten, die unsere Konferenz bietet, Gebrauch zu machen. Die Programme können daher noch nicht so zielorientiert durchgeführt werden, wie dies möglich wäre, wenn man sich im Rahmen der Konferenz auf bestimmte Ziele festlegen und diese auch gemeinsam verfolgen würde. Außerdem halten wir als weiteren Schritt auch eine Erfolgskontrolle der durchgeführten Maßnahmen für erforderlich.

Insgesamt ist bei dieser Anhörung deutlich geworden, dass Settingansätze stärker gefördert und Lebenswelten stärker in den Blick genommen werden müssen. Allerdings ist noch wenig dazu gesagt worden, wie diese Ansätze umgesetzt werden sollen. Das hat sicherlich einerseits mit den bestehenden Zuständigkeitsstrukturen, andererseits aber auch damit zu tun, dass die Zugänge zu den Lebenswelten auf kommunaler Ebene liegen. Ich denke, die Aufgabe besteht darin, Wege zu finden, die Mittel der Kassen in die Lebenswelten zu bringen. Dafür bieten sich die Städte und Gemeinden, oder zumindest diejenigen an, in denen entsprechende Gremien wie Gesundheitskonferenzen existieren. Das wäre ein erster Ansatz, um die in den Städten teilweise vorhandenen Strukturen besser nutzen zu können. Wenn man dies täte, könnte man relativ rasch handeln.

SV Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz: Ich kann mich den Ausführungen anschließen. Es sollte auch im Bereich der Settingförderung der Grundsatz gelten, dass diejenigen Einrichtungen und Initiativen, die eine solche Förderung haben wollen, einen einheitlichen Ansprechpartner vorfinden. Das günstigste wäre, wenn innerhalb der Kassen ein solcher einheitlicher Ansprechpartner geschaffen würde, weil sich dann erfahrungsgemäß auch die entsprechenden praktischen Kenntnisse und Routinen herausbilden würden, die eine Zusammenarbeit

erleichtern. Ein zweiter Punkt, über den nachzudenken wäre, betrifft die häufig erhobene Forderung nach einer Qualitäts- und Erfolgskontrolle. Man darf nicht übersehen, dass diese Kontrolle sehr aufwendig ist. Man muss daher überlegen, wie man den praxisbezogenen Projekten hierzu eine Hilfestellung geben könnte, etwa durch entsprechende Serviceeinrichtungen oder finanzielle Unterstützung des Förderers. Man sollte beispielsweise Kindergärtnerinnen nicht auch noch dazu verpflichten, Qualitätssicherung und Erfolgskontrollen nach wissenschaftlichen Grundsätzen zu praktizieren. Schließlich ist zu bedenken, dass man bei den anlaufenden Finanzierungen nicht sofort alle verfügbaren Mittel auch zweckmäßig verausgaben können. Es sollte aber ein Anreiz für eine Dynamisierung des Prozesses geschaffen werden. Deshalb schlage ich vor, die nicht verbrauchten Mittel zweckgebunden zu thesaurieren und damit den Prozess zu beschleunigen.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Ich komme nun zum Thema geschlechtergerechte Prävention. Meine Fragen richten sich an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesagentur für Arbeit, den Deutschen Städtetag, an Prof. Schwartz und Prof. Geene. Wie werden Frauen und geschlechterbezogene Handlungs- und Sichtweisen im Referentenentwurf zum Präventionsgesetz berücksichtigt? In welchen Bereichen wurden in der Praxis bereits Gender-Mainstreaming-Ansätze erprobt? Wie können diese Erfahrungen weiter ausgebaut werden? Wie können frauenspezifische Problemlagen, wenn man zum Beispiel den Frauengesundheitsbericht 2001 zugrunde legt, besser gelöst werden?

SVe Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW)): Gender Mainstreaming ist ein Ziel, das gemäß den Vorgaben der EU in allen nationalen Gesetzen verfolgt werden müsste. Im vorliegenden Referentenentwurf wird es sicherlich berücksichtigt, aber es ist immer noch eine vernachlässigte Dimension. Auch in der Praxis, bei settingbezogenen Projekten, wird das Gender Mainstreaming keinesfalls immer berücksichtigt. Ich möchte im Übrigen betonen, dass es hier nicht nur um Fragen der Frauengesundheit, sondern auch der Männergesundheit geht. Denn sowohl bei Kindern und

Jugendlichen als auch bei Erwachsenen gibt es einen Rückstand der männlichen gegenüber den weiblichen Personen bei der Verhaltens- und auch bei der Verhältnisprävention, das heißt in Bezug auf die tatsächliche Umsetzung des und auch den Willen zum gesundheitsförderlichen Verhalten. Wir brauchen somit auch eine verstärkte Fokussierung auf die Männergesundheit.

Zum Frauengesundheitsbericht 2001 kann ich leider nichts sagen.

SVe Dr. Melanie Wolters (Bundesagentur für Arbeit (BA)): Ich gehe auf die besondere Lage der Frauen auf dem Arbeitsmarkt ein, weil wir in diesem Feld aktiv sind. Hier tut sich relativ viel. Wir haben eine eigene Einheit, die Frauen auf dem Arbeitsmarkt durch Beratung, Information und verschiedene andere Programme unterstützt. Wir nennen diese Einheit „Beauftragte für Chancengleichheit am Arbeitsmarkt“. Damit nehme ich auch Bezug auf die Argumentation in meiner schriftlichen Stellungnahme. Wir befassen uns mit den sozialen Determinanten von Gesundheit und Krankheit und nicht unmittelbar mit der Gesundheit von Menschen. Meiner Meinung nach werden Frauen in unserer Arbeit ausreichend berücksichtigt, aber gleichwohl könnte man das Feld noch weiter ausbauen. Wir engagieren uns derzeit stark in der Berufsberatung für junge Menschen. So veranstalten wir beispielsweise „Girlsdays“, bei denen wir Frauen technische, naturwissenschaftliche und mathematische Berufe nahe zu bringen versuchen. Gleichwohl haben Frauen auf dem Arbeitsmarkt immer noch nicht die gleichen Chancen wie Männer. Nach wie vor sind sie gehäuft in gering qualifizierten Beschäftigungen zu finden, während man sie in den Geschäftsführungsetagen kaum antrifft. Unsere Arbeit ist insbesondere auf die stille Reserve ausgerichtet. Wir wollen dieses Potential stärker erschließen. Frauenspezifische Problemlagen ergeben sich insbesondere bei der Rückkehr in den Beruf. Auch hier gibt es verschiedene Kampagnen und Programme, mit denen wir Frauen in besonderem Maße aktivieren wollen.

Ihre Frage nach dem Stellenwert des Gender Mainstreaming in dem Referentenentwurf kann ich leider nicht beantworten. Wenn Sie möchten, reiche ich Ihnen die Antwort nach.

SVe Anne Janz (Deutscher Städtetag): Ich kann von der kommunalen Ebene her berich-

ten, dass wir im Rahmen unserer Möglichkeiten versuchen, das Gender Mainstreaming in unsere Aktivitäten im Bereich der Prävention einzubeziehen. Ich möchte an dieser Stelle auch die kommunalen Frauenbeauftragten erwähnen, die wir sowohl für interne Verwaltungsaufgaben als auch – zumindest in Hessen – für die Bevölkerung einsetzen. Wir können diese Personalkapazität und die Ausrichtung dieser Büros durchaus auch im strategischen Sinne für das Gender Mainstreaming nutzen und tun dies auch im Rahmen der gesundheitlichen Prävention.

Sicherlich gibt es auf der kommunalen Ebene sehr unterschiedliche Ansätze und Erfahrungen. So nehme ich an, dass die Erfahrungen in der Fläche anders aussehen als in den großen Städten. Daher würde ich anregen, sich insbesondere die Erfahrungen in den Städten einmal genauer anzuschauen und die positiven Beispiele in dem Gesetz zu berücksichtigen. Denn das ganze Feld des Gender Mainstreaming – wie es auch in den Anträgen zum Ausdruck kommt – wird immer nur am Rande erwähnt und eigentlich nicht strategisch behandelt. Dies ist insofern bedauerlich, als ein geschlechtsspezifischer Ansatz durchaus die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen verstärken kann. Ich möchte in diesem Zusammenhang besonders auf die Programme für Migrantinnen und Migranten hinweisen. Wir wissen, dass es förderlich ist, wenn die Beratung durch Angehörige der eigenen Bevölkerungsgruppe erfolgt bzw. wenn kulturspezifische Aspekte mit einbezogen werden. Hier könnte man auch die Genderaspekte deutlich stärker zur Geltung bringen.

SV Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz: Dem Gesagten ist nicht viel hinzuzufügen. Es ist sicherlich notwendig, eine Orientierung am Gender Mainstreaming durch Gesetz verpflichtend vorzugeben, und so ist es in dem Entwurf ja auch vorgesehen. Die Erfahrungen in anderen Bereichen – ich kann insbesondere über den Bereich Wissenschaft und Forschung sprechen – haben gezeigt, dass es ohne eine solche Verpflichtung nicht geht und dass diese Verpflichtung sehr produktiv sein kann.

Einen erheblichen Nachholbedarf gibt es im Bereich der Präventionsforschung, und zwar sowohl im Hinblick auf deutsche Zielgruppen als auch in Bezug auf Zielgruppen mit Migrationshintergrund. Zu beachten ist auch, dass Frauen nicht nur als spezielle Problemgruppe angesehen werden sollten, sondern dass sie

auch eine Multiplikatorenfunktion in die Familien hinein übernehmen können. Deshalb ist Gender Mainstreaming ein außerordentlich fruchtbarer und wichtiger Ansatz.

SV Prof. Dr. Raimund Geene: Im Entwurf des Präventionsgesetzes bildet die Ergänzung der Sozillagenorientierung um die Genderorientierung einen wichtigen Punkt, der auf jeden Fall auch in eine möglicherweise kleinere Reform, wie etwa eine Änderung des § 20, mit aufgenommen werden sollte. Insgesamt ist der Gender-Mainstreaming-Ansatz in der Gesundheitsförderungspraxis noch stark unterentwickelt. Dafür möchte ich ein Beispiel anführen, das sich auch auf die Frage nach dem Frauengesundheitsbericht 2001 bezieht. So ist der niedrige Organisationsgrad von türkischen Jugendlichen in Sportvereinen im Vergleich zu deutschen Jugendlichen ausschließlich auf die sehr geringe Organisationsneigung von türkischen Mädchen zurückzuführen. Während der Anteil der Mitglieder in Sportvereinen bei türkischen Jungen genauso hoch ist wie bei Jungen mit deutscher Herkunft, ist das bei Mädchen mit türkischer Herkunft grundsätzlich anders. Der Anteil liegt dort bei weit unter 10 Prozent, bei den türkischen Jungen aber bei etwa 50 Prozent. Hier gibt es also einen starken Bias. Wenn wir den Organisationsgrad geschlechtsneutral betrachten würden, würden wir demnach die unterrepräsentierte Gruppe der türkischen Mädchen, die kaum in den Sport integriert sind, vollkommen übersehen. Das zeigt sich in anderer Hinsicht bei den Jungen, die in ihrem weiteren Leben oft einen wesentlich stärkeren Raubbau an ihrem Körper betreiben als Mädchen. Hier stellt sich dann die Frage, inwieweit wir männer- oder jungenspezifische Ansätze finden können. Denn diese sind bislang noch stark unterentwickelt.

Ich möchte noch einen Gedanken anschließen, der in der internationalen Diskussion bereits eine wichtige Rolle spielt. Man ordnet hier die Frage des Gender Mainstreaming in den größeren Zusammenhang einer Social-Inclusion-Strategie ein und thematisiert alle acht Diversity-Bereiche aus dem allgemeinen Gleichstellungsgesetz. Demzufolge muss jedes Problem nach dem Grundsatz des Mainstreaming, also danach beurteilt werden, welche Aspekte einer sozialen Diskriminierung jeweils eine Rolle spielen. Es geht also nicht nur um die Frage nach Männern und Frauen, die natürlich ganz zentral ist, wie man aus dem AGG ersehen kann, sondern auch um andere Benachteiligungsdimensionen wie Herkunft, Glauben, sexuelle Orientierung usw. Die Berücksichtigung des Diversity-Ansatzes wäre möglicherweise eine sinnvolle Ergänzung, mit der man dem Stand der internationalen Diskussion stärker entsprechen würde.

gungsdimensionen wie Herkunft, Glauben, sexuelle Orientierung usw. Die Berücksichtigung des Diversity-Ansatzes wäre möglicherweise eine sinnvolle Ergänzung, mit der man dem Stand der internationalen Diskussion stärker entsprechen würde.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Ich möchte eine Nachfrage zu dem Aspekt der Social Inclusion stellen. Gibt es Erfahrungen damit, was mit der Frauenförderung bzw. der Genderorientierung geschieht, wenn anderen Benachteiligungsdimensionen die gleiche Aufmerksamkeit bei der Gesundheitsförderung geschenkt wird?

SV Prof. Dr. Raimund Geene: Ja, die gibt es. So wird beispielsweise in einer Untersuchung des Familienministeriums danach gefragt, wie die Entwicklungsperspektiven von jungen Mädchen mit Migrationshintergrund aussehen. Überraschenderweise hat man dabei festgestellt, dass Mädchen zu Beginn ihrer Schulzeit einen starken Rückstand im Vergleich zu den Jungen aufweisen, weil sie wesentlich weniger Förderung erfahren haben, dass sie gleichzeitig aber mit unspezifischen Skills ausgestattet sind, die sie in die Lage versetzen, die Jungen im Laufe ihrer Schullaufbahn weit hinter sich zu lassen und auch Integrationsprozesse erfolgreicher zu vollziehen. Dies lässt sich mit Abstufungen bei türkischen, griechischen, italienischen und auch Mädchen anderer Herkunft beobachten. Daran kann man ablesen, welches große strategische Potential eine Kombination von verschiedenen Bereichen des Diversity-Ansatzes birgt, wenn man also nicht nur nach den Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen, sondern viel differenzierter danach fragt, worin die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen vor dem Hintergrund ihrer unterschiedlichen sozialen, ethnischen oder kulturellen Herkunft bestehen. Hier ergeben sich noch weitere Differenzierungsmöglichkeiten, die auch für die Frage nach den Steuerungs- oder Förderungsformen von Belang sind.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Ich habe noch eine Frage an den Deutschen Gewerkschaftsbund. Sind Sie der Auffassung, dass Präventionsziele und Qualitätsanforderungen verbindlich festgelegt werden müssen, um koordinierte Maßnahmen sicherzustellen?

SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Ich denke schon, dass es eine verbindliche Regelung geben muss. Allerdings sind wir uns nicht im Klaren darüber, ob dies auf gesetzlichem Wege oder durch eine Übereinkunft zwischen den beteiligten Akteuren, sozusagen aus Einsicht, erfolgen soll. Bei uns zieht man aus der Beobachtung der Politik unterschiedliche Schlüsse, unter anderem den, dass auch gesetzliche Vorgaben nicht unbedingt umgesetzt werden, und zwar weder vom Staat noch von denjenigen, die damit beauftragt werden. Zudem gibt es auch im Bereich der freiwilligen Übereinkünfte sowohl positive als auch negative Beispiele. Deswegen kann ich Ihnen in dieser Frage nicht weiterhelfen.

Die Vorsitzende: Ich möchte mich bei Ihnen, meine sehr verehrten Damen und Herren, dafür bedanken, dass Sie uns bei dieser Anhörung zu den drei Anträgen zur Verfügung gestanden haben. Es war zwischenzeitlich viel von einem Gesetzentwurf die Rede. Zu Ihrer Information: Bis jetzt liegt dem Deutschen Bundestag noch kein Gesetzentwurf vor. Die Anträge bilden sozusagen erst eine Vorstufe. Ich bedanke mich auch bei denjenigen, die heute nicht zu Wort gekommen sind. Ich begrüße nachträglich auch noch den Herrn Staatssekretär, der der Anhörung ebenfalls beigewohnt hat. Ich wünsche allen noch einen schönen Tag.

Ende der Sitzung: 12.35 Uhr