

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
58. Sitzung

Berlin, den 30.11.2011, 14:30 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin
Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

- a) Antrag der Abgeordneten Angelika Graf (Rosenheim), Bärbel Bas, Dr. Karl Lauterbach, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD

Potenziale der Prävention erkennen und nutzen - Prävention und Gesundheitsförderung über die gesamte Lebensspanne stärken

BT-Drucksache 17/5384

- b) Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Agnes Alpers, Herbert Behrens, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Prävention weiter denken - Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe stärken

BT-Drucksache 17/6304

- c) Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Fritz Kuhn, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gesetzliche Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung schaffen - Gesamtkonzept für nationale Strategie vorlegen

BT-Drucksache 17/5529

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Henrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöllner, Wolfgang
Zylajew, Willi

SPD

Bas, Bärbel
Franke, Edgar, Dr.
Graf, Angelika
Lauterbach, Karl, Dr.
Lemme, Steffen-Claudio
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Volkmer, Marlies, Dr.

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.
Molitor, Gabriele

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Senger-Schäfer, Kathrin
Vogler, Kathrin
Weinberg, Harald

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bender, Birgitt
Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Bär, Dorothee
Bilger, Steffen
Brehmer, Heike
Gerig, Alois
Heinrich, Frank
Ludwig, Daniela
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Rief, Josef
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

Ernstberger, Petra
Ferner, Elke
Gerdes, Michael
Gleicke, Iris
Kramme, Anette
Meßmer, Ullrich
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald
Tack, Kerstin

Dyckmans, Mechthild
Kauch, Michael
Knopek, Lutz, Dr.
Kober, Pascal
Kolb, Heinrich L., Dr.
Luksic, Oliver

Binder, Karin
Höger, Inge
Möhring, Cornelia
Tempel, Frank

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kuhn, Fritz
Kurth, Markus

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

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister

Die Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	5
Die Vorsitzende	5, 29
Abg. Angelika Graf (Rosenheim) (SPD)	5
Abg. Bärbel Bas (SPD)	12, 28
Abg. Dr. Erwin Lotter (FDP)	13, 17, 23
Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	19
Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	8, 18
Abg. Gabriele Molitor (FDP)	7
Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.)	14, 24
Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	9, 15, 25
Abg. Mechthild Rawert (SPD)	16
Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU)	5, 20
Abg. Stefanie Vogelsang (CDU/CSU)	10, 27
Abg. Steffen-Claudio Lemme (SPD)	22
Abg. Stephan Stracke (CDU/CSU)	15
SV Dr. Andreas Mielck (Helmholtz Zentrum München, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen)	8
SV Dr. Nico Dragano (Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Essen)	18
SV Dr. Volker Wanek (GKV-Spitzenverband)	7, 13, 26
SV Dr. Wilfried Kunstmann (Bundesärztekammer (BÄK))	5, 20
SV Dr. Wolfgang Panter (Vorsitzender des Verbandes deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW), Hüttenwerke Krupp Mannesmann GmbH)	22, 23
SV Klaus Holetschek (Bayerischer Heilbäderverband e. V.)	16, 28
SV Norbert Haberl (Betriebskrankenkasse der BMW AG)	13, 23, 24
SV Prof. Dr. Martin Wabitsch (Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie)	11, 21
SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung GmbH (WZB))	6, 14, 25, 26, 28
SV Prof. Raimund Geene (Hochschule Magdeburg-Stendal, Vorstand Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen)	6, 29
SV Thomas Altgeld (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.)	9, 15, 16
SVe Dr. Elisabeth Pott (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA))	8, 10, 17, 27
SVe Dr. Frauke Jahn (Beauftragte des Instituts für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung für die Initiative Gesundheit & Arbeit)	5
SVe Dr. Salomé von Greyerz (Bundesamt für Gesundheit (BAG))	12
SVe Prof. Dr. Petra Kolip (Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften)	19,

Sitzungsbeginn: 14.30 Uhr

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Liebe Gäste, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich darf Sie alle recht herzlich begrüßen und vorab ein paar organisatorische Hinweise geben. Wir haben heute ein anderes Verfahren gewählt, was bedeuten wird, dass wir das Fragerecht von Fraktion zu Fraktion weitergeben und jeweils eine Kollegin/ein Kollege zwei Fragen an einen Sachverständigen oder eine Frage an jeweils zwei Sachverständige stellen wird. Wir beginnen mit der Fraktion der CDU/CSU, das Fragerecht geht dann weiter an die SPD, an die FDP, an DIE LINKE. und zum Schluss an die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und dann beginnen wir wieder von vorn.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Meine Fragen gehen an Herrn Dr. Kunstmann und Frau Dr. Jahn. Unser Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen und ein besonders erfolgversprechender Ansatz für die Bewältigung der demografisch bedingten Entwicklung könnte die Ausrichtung einer Prävention sein. Sehen Sie gesetzgeberischen Handlungsbedarf und können Sie Ihre Meinung begründen?

SV **Dr. Wilfried Kunstmann** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir haben verschiedene gesetzliche Regelungen im Bereich der Prävention und Früherkennung, so dass es im bestehenden Gesetzeskontext einigen Regelungsbedarf gibt. Zur bestehenden Regelung des § 20 SGB V hat der Bundesrechnungshof jüngst bestätigt, dass es Fehlsteuerungen gibt, bei denen nachjustiert werden sollte. Ich denke, die ärztliche Rolle müsste stärker in die Primärprävention mit einbezogen werden. Wir haben die Früherkennungsuntersuchungen im Bereich des § 25 und § 26 SGB V. Auch hier könnte man einiges nachjustieren, weil diese bislang sehr stark auf Krankheitsentitäten und die Früherkennung bezogen sind. Hier sollten primärpräventive Aspekte, Risikofaktoren usw. stärker

in Betracht gezogen werden. Unter dem Gesichtspunkt der vorliegenden Anträge ist zu überlegen, inwieweit wir ein neues Gesetz brauchen – ein zusätzliches Gesetz oder ein Schnittstellengesetz – das die Prävention stärker in den Vordergrund bringt. Ich denke, diese Entscheidung sollte man erst fällen, wenn man eine Bestandsanalyse gemacht und überprüft hat, welche Regelungen bereits bestehen, welche gut und welche schlecht funktionieren, wo Schnittstellen besser miteinander zu verzahnen sind und dann sollte man in einem zweiten Schritt über ein mögliches Präventionsgesetz nachdenken.

Sve **Dr. Frauke Jahn** (Beauftragte des Instituts für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung für die Initiative Gesundheit & Arbeit): Es gibt schon viele Konzepte, aber es muss eine weitere Settingausrichtung geben, zum einen in der Arbeitswelt und zum anderen in den vorgelagerten Bereichen, nämlich an den verschiedenen Lernorten, um den Menschen noch früher zu erreichen. Ich denke dabei an den Kindergarten, die Schule oder auch während der Berufsausbildung. Wir arbeiten hier bereits mit verschiedenen Sozialversicherungsträgern zusammen. Eine weitere Zusammenarbeit zwischen allen Sozialversicherungsträgern könnte sehr nützlich sein, auch mit der Bundesagentur für Arbeit. Aus meiner Sicht braucht es dafür keine neuen Strukturen und auch kein Präventionsgesetz.

Abg. **Angelika Graf** (Rosenheim) (SPD): Die vorliegenden Anträge beinhalten alle neue Konstruktionen und die Forderung nach einem Präventionsgesetz. Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Dr. Rosenbrock und Herrn Prof. Dr. Geene. Wie bewerten Sie die von der SPD-Fraktion geforderte Einrichtung einer Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung mit einem nachgeordneten Bundesinstitut für Prävention?

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock** (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

GmbH (WZB)): Bevor man über Institutionalisierungen redet, muss man sich über zu regelnde Sachverhalte verständigen und die Institution entsprechend anpassen. Im Kern läuft es darauf hinaus, dass eine Stiftung mit nachgeordnetem Institut – da hat auch die Schweiz schon sehr viel vorgedacht – eine gute Lösung ist, aber angesichts des Standes der Entwicklung, der Intervention, der dazugehörigen Forschung und auch der Evaluationsergebnisse brauchen wir in Deutschland ein Gesetz, das die nichtmedizinische Primärprävention regelt. Gerade um Kooperationsstrukturen mit den anderen Akteuren des Gesundheitswesens zu schaffen und diesem Interventionstyp die Legitimation und das nötige Ansehen zu geben, brauchen wir ein Gesetz. Die Reichweite einer solchen Regelung muss sich nicht nur auf die Sozialversicherungsträger und die Kommunen erstrecken, sondern auf die gesamte öffentlich geförderte Prävention. Damit wir zu einer einheitlichen Ausrichtung auf die Verminderung sozialbedingter Ungleichheit kommen, die einzelnen Aktivitäten sich an konsentierten Gesundheitszielen orientieren und wir dafür sorgen können, dass die lebensweltorientierten Interventionen nicht einfach nur Gesundheitserziehung im Setting, sondern Veränderung von Settings durch partizipative Verfahren werden. Wir brauchen eine verbindliche Regelung, wer für die Qualitätsentwicklung zuständig ist, denn Prävention und Gesundheitsförderung sind Suchprozesse nach besseren Lösungen und diese Suchprozesse müssen gestützt werden. Dafür ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder die einzurichtende Stelle nach § 137 SGB V geeignet und dann muss irgendeine Institution für einen beständigen Ressourcenfluss sorgen, denn die ganzen Projekte, die wir auch in vielen Sachverständigenratsgutachten untersucht haben, haben im Schnitt eine Laufdauer von weniger als 18 Monaten und damit sind keine vorzeigbaren Ergebnisse zu erzielen. Damit ist keine Qualität zu entwickeln und zu sichern und in diesem Zustand bleibt die nichtmedizinische Primärprävention dauerhaft unterhalb des Ansehens, das ihr

eigentlich aufgrund ihrer Potenziale zukommen müsste. Deswegen ist es Zeit, dass wir die 2005 gescheiterte Initiative wieder aufgreifen und nicht mit neuen Bestandsaufnahmen kommen und nicht wieder die Diskussion führen, welche Rolle die Ärzte dabei haben sollen oder wo man sonst überall etwas tun könnte. Wir haben viel Praxis, wir haben viel Evaluation, viel Theorie, viele Akteure und die brauchen einen Rahmen sowie einen gesicherten Ressourcenfluss und einen ordentlichen institutionellen Rahmen, um gemeinsame Qualität zu schaffen und zu sichern.

SV Prof. Raimund Geene (Hochschule Magdeburg-Stendal, Vorstand Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen): Grundsätzlich ist den Ausführungen meines Vorredners, Prof. Dr. Rosenbrock uneingeschränkt zuzustimmen. Allerdings ist die Bedeutung der Stiftungslösung, die Sie in ihrem Antrag vorschlagen, deutlich höher. Das ist die zentrale Frage. Tatsächlich leidet die Prävention nicht darunter, dass es nicht jede Menge allgemeine Erklärungen dazu gibt, sondern es fehlt bislang ein starker Akteur, der hauptverantwortlich verpflichtet ist. Ohne eine Stiftungslösung, ohne einen zentralen Akteur, der in enger Zusammenarbeit und Kooperation mit der BZgA eingerichtet werden soll, sind viele der Bemühungen, die wir hier besprechen, vergeblich. Insofern äußere ich nachdrückliche Unterstützung für diesen Vorschlag. Es ist eine entscheidende Frage, ob wir mit der Prävention und Gesundheitsförderung auch in einem breiteren Sinne, formuliert in der Charta von Ottawa 1986, maßgeblich weiterkommen. Die Schweiz ist als Beispiel genannt, Österreich möchte ich in diesem Zusammenhang auch erwähnen, das über eine derartige Institution namens Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) Leben in dieses Handlungsfeld schafft.

Abg. Gabriele Molitor (FDP): Ich habe eine Frage, die ich an Herrn Dr. Wanek und Frau Prof. Pott richten möchte. Im Rahmen

der Prävention und Gesundheitsförderung hat sich ohne ein Präventionsgesetz in den letzten Jahren schon viel getan. Können Sie aus Ihren Bereichen Belege oder Beispiele dafür nennen?

SV Dr. Volker Wanek (GKV-Spitzenverband): In den letzten Jahren gab es in der auf die Lebenswelt bezogene Prävention und Gesundheitsförderung sowohl in Betrieben als auch außerhalb von Betrieben eine Reihe von übergreifenden Initiativen, die zu einer stärkeren Koordinierung der Handlungs- und Vorgehensweise der Verantwortlichen geführt und der Prävention dadurch auch eine größere Durchschlagskraft verschafft haben. Ich nenne an erster Stelle die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA), an der die Krankenkassen gar nicht beteiligt sind, die aber in den letzten Jahren verstärkt eine Koordinierung übernommen haben. Bei der neuen Zielerunde der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie wurde jetzt vereinbart, dass wir mit Krankenkassen, Unfallversicherung, Ländern und Bund gemeinsam abgestimmte Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungsziele erarbeiten wollen. Das ist eine neue Qualität, die auch generell in Richtung der Gesundheitszielorientierung in der Prävention weist. Dann haben wir für die vernachlässigten Gruppen der Prävention, insbesondere alleinerziehende Mütter, Arbeitslose, allgemein gesprochen, Personen mit sozialen Benachteiligungen seit einigen Jahren durch Initiative der BZgA aber auch von Kassenverbänden im Kooperationsverbund Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte Maßnahmen ausgearbeitet, die im Vorfeld der Berufstätigkeit notwendig sind, insbesondere in Kindertagesstätten und Schulen. Das ist durch freiwillige Initiative der Partner zu Stande gekommen und wir haben eine sehr schlanke Verwaltungsstruktur, aber ein Commitment auf Landes- und Bundesebene. Der GKV-Spitzenverband hat seinen Präventionsleitfaden ebenfalls darauf ausgerichtet. Prävention ist ein Feld für die Kassen zur eigenen Gestaltung, aber wir wollen versuchen, die Aktivitäten

ein Stück weit in sinnvolle Kanäle zu leiten. Einerseits haben wir Ziele formuliert, die in den skizzierten Bereichen Orientierungshilfe für die Kassen sind und wir haben zum anderen die Fördermöglichkeiten so ausgelegt, dass z.B. die Strukturbildung im Rahmen des Kooperationsverbundes sozial Benachteiligter auch von den Kassen gefördert werden kann. Normalerweise haben die Maßnahmen, die die GKV-Kassen fördern einen Anfang und ein Ende und stellen keine Dauerförderung dar, aber bei den Regionalstellen dieses Kooperationsverbundes haben wir insofern eine Ausnahme gemacht, dass wir Strukturbildung zuschussfähig gemacht haben. Daneben gibt es noch eine ganze Reihe anderer Initiativen – wie beispielsweise die von Frau Jahn vorgestellte Zusammenarbeit von Unfall- und Krankenversicherung –, bei der in den letzten Jahren eine neue Qualität der Zusammenarbeit spürbar ist und wo der Versuch unternommen wurde, Prävention stärker in die Lebenswelten zu bringen. Das geht am besten, wenn alle Stakeholder, d. h. alle die Verantwortung tragen, sich abstimmen und kooperieren, und das unbürokratisch, schlank und ohne neue Verwaltungsüberbauten.

SVe Dr. Elisabeth Pott (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)): Wir können auf die erfolgreiche nationale Präventionsstrategie zur Aidsbekämpfung schauen. Die neuen Zahlen zeigen, dass wir es geschafft haben, die Zahlen noch einmal zu senken und das, obwohl wir im internationalen Vergleich schon sehr gute Ergebnisse erzielt haben. Der entscheidende Punkt an der Stelle ist, dass es einen gemeinsamen politischen Willen gab, diese Strategie langfristig und nachhaltig zu unterstützen und mit den notwendigen finanziellen Mitteln auszustatten. Nach einer anfänglichen politischen Kontroverse mit Bayern ist es in diesem Bereich gelungen, im ganzen Bundesgebiet mit allen Ländern intensiv zusammenzuarbeiten. Das heißt, es war ein politischer Überzeugungsprozess, der eine soziale Lernstrategie in Deutschland möglich ge-

macht hat, die ich mir natürlich auch für andere Themenfelder wünsche. Wenn die relevanten Akteure zusammenarbeiten, und zwar in dem Sinne, dass dies den Namen Zusammenarbeit verdient, wenn es Zusammenarbeit zwischen Staat und nichtstaatlichen Stellen gibt, wenn es eine gute Zusammenarbeit zwischen Bund, Ländern und Kommunen gibt und wenn man die neuen, sich ständig verändernden Rahmenbedingungen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigt, und wenn man kontinuierlich evaluiert, kann man solche langfristigen Programme mit nachhaltiger Wirkung in Deutschland auflegen. Wir wissen, dass wir mit der Prävention sehr früh bei Kindern und Jugendlichen ansetzen müssen, denn selbst wenn wir erst im Kindergarten oder in der Schule ansetzen, werden sich die Kosten für Maßnahmen, die dann die selben Effekte erzielen, um ein Vielfaches erhöhen. Wenn wir sehr früh ansetzen und das über alle Lebensphasen hinweg zusammen mit den relevanten Akteuren umsetzen, brauchen wir kein Gesetz. Dieser Umstand sowie die Arbeitsteilung und die Finanzierung sind die Voraussetzung für erfolgreiche Prävention. Man kann nicht mit 3,50 Euro die Prävention in ganz Deutschland verbessern und den Menschen, die es besonders nötig haben, damit eine Hilfe geben. Wenn unser Kooperationsverbund zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten etwas besser ausgestattet wäre, könnte mit diesem Kooperationsverbund, an dem viele engagierte Kommunen, Länder, Wohlfahrtsverbände usw. beteiligt sind, noch viel mehr geschehen und ich glaube, wir könnten das schwierige Problem der demografischen Entwicklung auf diese Weise auch angehen. Wir würden gern als Bundeszentrale eine koordinierende und kooperative Rolle in diesem Bereich einnehmen, weil wir damit Erfahrung haben, weil wir interessenneutral sind und weil wir die nötige Fachkompetenz haben. Es sollte nicht jemand koordinieren, der inhaltlich keine Voraussetzungen mitbringt.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich hätte zwei Fragen an Dr. Mielck. Durch Ihr Wirken am Helmholtz Zentrum haben Sie sicher Zugang zu vielen Daten. Mich würde interessieren, hat sich soziale Ungleichheit in den letzten Jahren vergrößert oder verkleinert und welche Auswirkungen auf Gesundheit und Lebenserwartung hat der soziale Status?

SV **Dr. Andreas Mielck** (Helmholtz Zentrum München, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen): Ich war sehr erfreut zu sehen, dass das Thema Ungleichheit bei Gesundheit in den Anträgen sehr gut vertreten ist. In der Tat ist dies aus meiner Sicht das Hauptproblem bei allen Maßnahmen der gesundheitlichen Versorgung. Die Lebenserwartung von Personen im unteren Einkommensbereich ist zehn Jahre kürzer als im oberen Einkommensbereich. Prävention muss vor allem auf die Personen, die benachteiligt sind, ausgerichtet sein. Die Daten zeigen eindeutig, dass das Ungleichheitsproblem zunimmt. Dies ist ein Grund mehr dafür, die Prävention daran auszurichten. Meine Forderung an ein neues Präventionsgesetz wäre, diese Thematik durch klare Zielvorgaben noch besser zu verankern. Es gibt bisher bei allen Akteuren Lippenbekenntnisse, die sagen, „wir sehen das genauso“ oder „es muss mehr dafür getan werden“. Es gibt bisher aber kaum klare Strategien dafür, wie das erreicht werden kann. Wir fordern zum Beispiel Daten, die von Jahr zu Jahr zeigen, dass benachteiligte Personen durch die Präventionsmaßnahmen auch tatsächlich erreicht wurden. Beispielsweise bei § 20 SGB V: Welche der Personen, die erreicht werden sollten, wurden erreicht? Wir fordern auch mehr Daten von Schulanfängern, die von Ärzten untersucht werden, um fortlaufend belegen zu können, dass sozial benachteiligte Kinder zumeist auch gesundheitlich benachteiligt sind. Eine zweite Forderung wäre, dass wir die Maßnahmen, die bereits durchgeführt werden, evaluieren und danach schauen müssen, was bei benachteiligten Personen gut funktioniert hat. Eine dritte

Forderung wäre, diese ‚guten Beispiele‘ kontinuierlich weiterzuentwickeln und auszubauen. Dies sind die drei Kernelemente, die jedes neue Gesetz strukturell nachvollziehbar und verbindlich verankern muss.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zwei Fragen an Herrn Altgeld. Zum einen wurde darauf hingewiesen, dass wir kein Präventionsgesetz brauchten. Halten Sie es für möglich, dass man die zahlreichen Akteure im Bereich der Prävention auf der einen Seite, aber auch die vielen Schnittstellen, zum Beispiel zur Kinder- und Jugendhilfe, zur Behindertenhilfe und zu anderen politischen Handlungsfeldern bewältigt bekommt, ohne dass ein neuer Ordnungsrahmen dafür geschaffen werden muss, der die Zuständigkeiten und die Finanzierung verbindlich festlegt? Wir haben in unserem Antrag stark darauf abgestellt, dass wir vorhandene Koordinationsverbände und -verbunde nutzen wollen, um in den Ländern und vor Ort Gesundheitsförderung und Prävention zu bündeln, aber auch um die regionale Mittelvergabe zu koordinieren. Sind diese Verbände in den verschiedenen Ländern gleichmäßig ausgeprägt oder müssten wir dazu noch weitere Maßnahmen ergreifen? Sind die Grundstrukturen da und könnten wir diese Koordination ohne eine gesetzliche Regelung überhaupt auf eine dauerhafte sichere Grundlage stellen?

SV **Thomas Altgeld** (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.): Ich glaube schon, dass wir einen neuen Stellenwert für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland brauchen. Die Idee, mit einem einfachen Präventionsgesetz alle Probleme lösen zu wollen, wird auf Dauer nicht weiterführen. Wir müssen sehen, wo Prävention wirksam ist und wie Prävention momentan in Deutschland gestaltet ist. Wir haben eine Fülle von Trägern, die auf dem Feld der Prävention aktiv sind und im Prinzip laufen diese alle den

gleichen Zielgruppen hinterher und gehen vor allem in Kindertagesstätten und Schulen. Ob es die Suchtprävention, die Gewaltprävention, die Kriminalprävention oder die sexuelle Aufklärung ist, es geschieht relativ unregelt nebeneinander. Schlimm ist auch der verordnete Kassenwettbewerb in diesem Bereich. Es ist nicht einzusehen, warum über 160 Kassen einzelne Programme für diese Settings entwickeln. Insofern brauchen wir eine Regelung, die das unterbindet und einen gesetzlichen Auftrag, die Schnittstellen zu definieren und die Zuständigkeiten zu regeln. Wir haben keine Arbeitsteilung in dem System, sondern ein unabgestimmtes Vorgehen. Ein Präventionsgesetz könnte den notwendigen Rahmen bringen. Es muss nicht unter der Überschrift Präventionsgesetz stehen, sondern es ist auch möglich in verschiedenen Einzelgesetzen Prävention zu verankern. Bei den Strukturen ist es eher eine symbolische Förderung, die uns die Kassen geben. Wir bekommen in Niedersachsen 22.000 Euro für die Quotenförderung, während die Kassen für Individualprävention an Zielgruppen, die diese nicht so sehr brauchen wie andere Zielgruppen, ungefähr 35 Millionen Euro ausgeben. Ziel der Diskussion muss es sein herauszufinden, wer sich Prävention leisten kann, wer es ohnehin macht, wer momentan besser durch die Kassen bedient werden kann, wer es braucht und wer könnte in diesem Bereich etwas machen könnte. Bezüglich der regionalen Mittelvergabe sind nicht in allen Ländern gleich gute Strukturen vorhanden. Wir haben 16 Länder und tatsächlich einige Landesgesundheitsämter, einige Landesgesundheitskonferenzen, einige Landesvereinigungen für Gesundheit, die relativ gut aufgestellt sind und es ist immer die Frage, wie diese alimentiert werden. Wir brauchen mehr Mittel auf kommunaler Ebene, die die Menschen auch tatsächlich erreichen. Das könnte man auch über einen anderen gesetzlichen Rahmen regeln, beispielsweise indem man das Geld, was momentan sinnlos nebeneinander für dieselben Zielgruppen parallel und z. T. konkurrierend investiert wird, gemeinsam mit Kommunen und Ländern sinnvoller

aufteilt und in koordinierte Programme fließen lässt.

Abg. **Stefanie Vogelsang** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Frau Prof. Dr. Pott und an Herrn Prof. Wabitsch. Wir haben es von Ihnen und auch von Herrn Dr. Kunstmann gehört, dass es umfangreiche Maßnahmen gibt und Sie haben vorgetragen, dass viel nebeneinander her läuft. Wenn man sich die Gesundheitsberichterstattungen der einzelnen Kommunen und der einzelnen Länder ansieht, nimmt man wahr, dass mit der Differenzierung sozial benachteiligt versus Menschen mit Bildungszugang viel zu kurz gesprungen wird. Wir haben im Rahmen unserer föderalen Struktur eine deutliche Verantwortung, Prävention aufgrund ihrer starken Bedeutung für alle Bevölkerungsteile vom Kleinkind bis hin zum Greis zu fördern und dies zum Wohle der Lebensqualität im Laufe des gesamten Lebens. Dies ist vor allem eine Verantwortung in den Kommunen und direkt vor Ort, um insbesondere Kleinkinder und ihre Bezugspersonen zu erreichen. Ich nehme die Situation in den Kommunen derzeit so wahr, dass 80 Prozent der Präventionsprojekte nicht mit dem Ziel der Prävention, sondern mit dem tatsächlichen Ziel der Arbeitsförderung aufgelegt sind. An unterschiedlichsten Stellen finde ich Arbeitsförderungsprojekte, finanziert aus dem SGB II oder SGB III, die Arbeitssuchende nach relativ kurzer Einarbeitungsphase in die Kitas und Einrichtungen lassen, um dort Aufklärungsarbeit zu leisten. Wie beurteilen Sie beide vor diesem Hintergrund den Stellenwert, den kommunale Entscheidungsträger für die Ausstattung, vor allem der Gesundheitsämter haben? Ich habe die Diskussion noch im Kopf, die wir mit dem Kinderschutzgesetz erlebt haben und die Schlussfolgerungen, die daraus gezogen wurden. Bei dem Kinderschutzgesetz handelt es sich ebenfalls um ein Gesetz, das präventiv wirken soll, das in den Bereich der Kommunen hereinragt, das aber aufgrund von Finanzierungsmängeln aus meiner Sicht relativ problematisch ist. Dazu hätte ich gerne eine Einschätzung.

Sve **Dr. Elisabeth Pott** (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)): Die kommunale Ebene ist eine ganz wichtige Ebene für die Gesundheitsprävention, denn wir leben alle nicht nur in Deutschland, sondern auch in einem Bundesland. Aber wenn sie jemanden fragen, wo er wohnt, dann antwortet er, „in Köln“ oder „in Berlin“. Das ist das eigentliche Lebensumfeld. Deshalb müssen die Menschen mit den verschiedenen Einrichtungen in ihrem Lebensumfeld erreicht werden. Wir haben in der Tat – da stimme ich Herrn Altgeld völlig zu – eine Situation, dass es im Gesundheits- und im sozialen Bereich ganz viele Beratungsangebote für Familien gibt. Diese stehen in der Regel isoliert nebeneinander. Die Frage, wie die einzelnen Maßnahmen bei einer bedürftigen Familie ankommen, ist die zentrale Frage heute. Viele Kommunen haben das inzwischen erkannt und sind auch auf uns zugekommen und haben uns um direkte Zusammenarbeit mit ihnen gebeten. Dieses Bündeln verschiedenster Angebote, das wir mit dem Fachbegriff intersektorale Zusammenarbeit bezeichnen, ist notwendig, um Familien bei der gesundheitlichen und schulischen Förderung ihrer Kinder zu unterstützen. Kinder kann man nicht fördern, ohne die Familien zu fördern. Dazu gehört natürlich, dass all diese Einrichtungen – dazu gehört auch das Gesundheitsamt – leistungsfähig sind. Sie wissen, dass die Gesundheitsämter viele Jahre lang ausgeblutet wurden, dass es gar nicht mehr überall Gesundheitsämter gibt und die Ausstattung oft gering ist. Aber es ist auch nicht die Aufgabe des Gesundheitsamtes allein, sondern der Vernetzungsgedanke ist entscheidend. Die Gesundheitsämter müssen gemeinsam mit der Jugendhilfe, mit den niedergelassenen Kinder- oder Hausärzten, mit den Einrichtungen der Wohlfahrtspflege, den Wohlfahrtsverbänden und wer noch je nach Fall und Fragestellung zuständig ist, agieren. Die Kindertagesstätten und Schulen bieten gute Möglichkeiten, etwas zu tun. Die Leute, die das leisten, müssen qualifiziert sein. Ein wichtiger Teil von Qualitätssicherung ist natürlich die Qualifikation der Multiplikatoren. Man muss

sich darüber bewusst werden, dass es sich um eine schwierige und anspruchsvolle Aufgabe handelt. Um das zu leisten, benötigen wir hochqualifizierte Leute. Viele haben eine spezielle Ausbildung, die in der Regel aber nicht auf Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtet ist. Deshalb brauchen sie eine zusätzliche Fortbildung, Unterstützung und Qualifizierungsangebote. Die Kommune ist die zentrale Ebene. Wir müssen mit ihnen zusammenarbeiten und die Vernetzung in der Kommune fördern. Wir wissen, dass in den Gruppen, die unter sozial schwierigen Bedingungen leben, die Risiken für die Gesundheit besonders hoch sind und oft viele Probleme gleichzeitig vorhanden sind. Deshalb ist die Frage, wie wir es schaffen können, dass sie auch einen Zugang zu Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten haben. Das heißt aber nicht, dass wir jemandem ein großes Etikett aufkleben und sagen wollen: „Du als sozial Benachteiligter kriegst ein Sonderangebot“. Prävention und Gesundheitsförderung soll für alle da sein und insbesondere nicht diskriminieren oder ausgrenzen. Denn Prävention muss diese Gruppen, die einen besonderen Bedarf haben, auch erreichen. Das ist auch möglich. Wir können Ihnen viele Beispiele nennen. Gerade bei kommunalen und stadtteilbezogenen Ansätzen ist das sehr gut möglich.

SV Prof. Dr. Martin Wabitsch (Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie): Ich bin hier als Kinder- und Jugendarzt und damit der einzige in dieser Runde, der mit Kindern seit über 20 Jahren praktisch zusammenarbeitet. Ich engagiere mich in der Prävention von Zivilisationskrankheiten, einer der häufigsten Diagnosen, die wir heute stellen. Dies sind die Adipositas, der Diabetes, andere chronische und neurodegenerative Erkrankungen und Entwicklungsstörungen im weitesten Sinne. Hinsichtlich ihrer Frage bezogen auf Kommunen, öffentliche Gesundheitsdienste und Gesundheitsämter, muss man zwei Dinge beleuchten.

Einmal gibt es Erfahrungen, dass solche Aktionen stattfinden. Auch in Ulm haben wir ein großes Programm zur Adipositas-Prävention in den Grundschulen gehabt. Nach einem Jahr Unterricht mit intensiven Maßnahmen unter Beteiligung der Lehrer haben wir bei Kindern aus deutschen Familien Erfolge erzielt. In bildungsfernen Schichten waren keine Erfolge zu sehen. Das heißt, unsere Maßnahmen hatten keinerlei Wirkung auf sozial benachteiligte Schichten. Es ist eine Illusion zu denken, dass man allein mit solchen Maßnahmen zum Ziel kommt. Das führt mich zu einem zweiten Punkt. Ich glaube, dass wir sehr viel darüber wissen, was wirksame Präventionsmaßnahmen sind und wir brauchen keine großen, neuen Forschungen mehr, sondern wir müssen die Ergebnisse nur umsetzen. Die Freiheit, die wir zulassen, darf sich nicht in Beliebigkeit verwandeln. Wir brauchen eine starke gesellschaftliche Initiative unter staatlicher Führung, die bewirkt, dass auch sozial benachteiligte, bildungsferne Familien erreicht werden. Das geht nicht über Freiwilligkeit, sondern wir müssen die Lebenswelt der Kinder ändern, wir müssen einschreiten und wir müssen das Nahrungs- und das Bewegungsangebot verbessern. Dafür brauchen wir klare Regeln. Andere Länder machen uns das vor. In Kanada, Australien und Finnland ist man schon viel weiter und wir sollten in Deutschland nicht dahinter zurückstehen. Es bedarf einer klaren nationalen Strategie und einer staatlichen Führung auf diesem Gebiet.

Abg. Bärbel Bas (SPD): Ich glaube wir sind uns im Großen und Ganzen einig, was inhaltlich zu tun ist. Entscheidend ist die Frage, mit welcher Institution wir dies erreichen können und ob wir nicht ein Gesetz brauchen. Wir haben in unserem SPD-Antrag die Stiftungslösung favorisiert, weil es letztendlich um eine nachhaltige Finanzierung geht. Deshalb bin ich froh, dass Frau Dr. von Greyerz hier ist. Ich würde Sie gerne fragen, welche Erfahrung Sie in der Schweiz mit der Stiftungslösung gemacht haben? Welche Erkenntnisse ha-

ben Sie daraus gezogen, auch in dem Präventionsgesetz, das Sie verabschiedet haben? Vielleicht können Sie uns schildern, wie Prävention bei Ihnen organisiert ist.

Sve Dr. Salomé von Greyerz (Bundesamt für Gesundheit (BAG)): Vielleicht darf ich ganz kurz etwas zur Geschichte dieser Stiftung sagen, weil ich nicht genau weiß, wie gut Sie mit den schweizerischen Verhältnissen vertraut sind. Die Stiftung wurde 1996 gegründet. Es ist die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, die durch einen quasi Zwangsbeitrag aller Versicherten von zwei Euro pro Jahr finanziert wird, d. h. sie hat ein Budget von etwa 16 Millionen Euro. Die Stiftung ist in ihrer strategischen Ausrichtung, so wie sie heute ausgestaltet ist, frei. Sie wird getragen von den Krankenkassen und den Kantonen und hatte gewisse Anlaufschwierigkeiten, weil sie in den ersten zehn Jahren über keine übergeordnete Gesamtstrategie verfügte. Das heißt, sie hat ziemlich wahllos Projekte Dritter finanziert. Das wurde immer wieder kritisiert, weil man gesagt hat, das sei eine Einzelprojektfinanzierung ohne Nachhaltigkeit und Kohärenz und ohne System dahinter. Die Stiftung hat dann 2006 nach einer vom Bund durchgeführten Evaluation eine langfristige, bis 2018 dauernde Gesamtstrategie erarbeitet und verabschiedet und fokussiert sich seitdem auf zwei Themenbereiche, d. h. gesundes Körpergewicht und psychischer Gesundheitsstress und die Akzeptanz der Stiftung und ihrer Arbeit sind seit dem stark gestiegen. Darüber hinaus finanziert sie heute viel weniger Einzelprojekte, sondern überwiegend kantonale Programme, also Maßnahmenbündel, d. h. aufeinander abgestufte Maßnahmen. Ein Problem ist damit aber nicht gelöst. Wir haben in der Schweiz ein duales System, wir haben die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz im Kontext der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und wir haben auf der anderen Seite die öffentlichen Gesundheitsdienste von Bund und Kantonen, nämlich das Bundesamt für Gesundheit und die kantonalen Gesundheitsämter, die

auch Prävention und Gesundheitsförderung betreiben. Da der Bund die Stiftung nicht steuern kann, ist das heute oft mehr ein Nebeneinander als ein Miteinander und das war einer der Gründe, weshalb unsere Landesregierung vor zwei Jahren diesen Entwurf für ein Präventionsgesetz vorgelegt hat, mit der Idee, ein übergeordnetes nationales Kompetenzzentrum zu schaffen, das die landesweit ausstrahlenden Aktivitäten umsetzen, die Kantone fachlich methodologisch unterstützen und das die Fonds verwalten soll. Die parlamentarische Debatte hat dann dazu geführt, dass wir von der staatlichen Einrichtung weg gekommen sind und eine Stiftungslösung für dieses nationale Kompetenzzentrum vorsehen. Das ist aber nur eine Frage der Rechtsform und stellt keinen Unterschied bezüglich der Aufgaben dar. Diese Stiftung hat im Vergleich zu den Anträgen natürlich – die Schweiz ist eben etwas kleiner als Deutschland – eine ganz andere Dimension. Diese Stiftung wird ein Budget von vielleicht 40 - 50 Millionen Euro haben. Die Hauptausgaben und damit die Hauptfinanzlast im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung werden weiterhin die Kantone tragen. Sie sind bei uns die finanzstarke Ebene.

Abg. Dr. Erwin Lotter (FDP): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband und an Herrn Haberl von der Betriebskrankenkasse BMW. Im Antrag der SPD wird ein Mindestausgabenwert für Maßnahmen nach § 20 Abs. 2 SGB V in Höhe von zehn Euro je Versicherten vorgeschlagen. Darüber hinaus sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, ihre Ausgaben für Maßnahmen in nichtbetrieblichen Settings mindestens zu verdreifachen. Der derzeitige Betrag beträgt 33 Cent je Versicherten. Für wie realistisch halten Sie diesen Vorschlag in Zeiten, in denen man auch beachten muss, dass die insgesamt zur Verfügung stehenden Mittel nicht mehr werden und dem Versicherten Zusatzbeiträge drohen?

SV Dr. Volker Wanek (GKV-Spitzenverband): Wir haben diesen Vorschlag der

SPD etwas erstaunt zur Kenntnis genommen. Wir sind sehr dafür, dass die Ausgaben und die Leistungen im Bereich der lebensweltbezogenen Prävention der Krankenkassen deutlich nach oben gefahren werden. Schon heute sind zwischen den Kassen deutliche Unterschiede im Niveau erkennbar. Es gibt Kassen, die sehr aktiv sind und solche, die so gut wie gar nichts tun. Das ist den Statistiken, auf der Internetseite des BMG zu entnehmen. Der GKV-Spitzenverband hat 50 Cent pro Versicherten als Richtwert vorgegeben. Das wären bundesweit 35 Millionen Euro. Davon sind wir noch weit entfernt. Wir haben auch keine Handhabe, die Kassen zu zwingen, so viel auszugeben. Die Forderung, zehn Euro pro Versicherten für Präventionsmaßnahmen aufzuwenden, hat uns überrascht. Das wäre mit den vorhandenen finanziellen Möglichkeiten der Kassen zur Zeit nicht machbar und wir sehen in dem Vorschlag auch die Gefahr einer Fehlsteuerung. Die Kursmaßnahmen, die die Krankenkassen finanzieren, sollten wir erhalten, eventuell qualitativ weiter optimieren, aber sie müssen nicht dem Maße aufgewertet werden, wie es die Umsetzung des SPD-Vorschlages nach sich ziehen würde.

SV Norbert Haberl (Betriebskrankenkasse der BMW AG): Ich leite die Betriebskrankenkasse der BMW AG. Das ist eine geschlossene, trägerbezogene Krankenkasse. Augenblicklich können Krankenkassen Prävention nicht finanzieren, denn Krankheit und nicht Prävention wird bezahlt. Der Gesundheitsfonds ist angelegt auf Krankheit, Morbidität etc. und die Krankenkassen haben einen Orientierungswert in der Größenordnung von 2,86 Euro. Wenn Prävention durchgeführt wird, erstellen die Krankenkassen einen Gesundheitsreport und vereinbaren mit dem Gesundheitsmanagement Maßnahmen, die nach einer gewissen Zeit wieder evaluiert werden. Dabei handelt es sich um einen ganz normalen Regelprozess. Dieser dauert ungefähr zwei bis drei Jahre, damit er Erfolg hat. Dann müssen die Kassen wieder von vorn beginnen. Wenn

es sich um eine trägerbezogene Kasse handelt, kann diese auch betriebseigene Kindergärten und ältere Versicherte in solche Maßnahmen einbeziehen. Aber dazu reicht das Geld nicht. Das geht nur bei einem Arbeitgeber, der Gesundheitsmaßnahmen fördert. Eine Kasse kann sicherlich fünf Euro oder zehn Euro investieren aber nur dann, wenn sie unpriorisiert. Unpriorisiert heißt, dass sie irgendwo eine Lücke haben muss, um mit ihrem Gesamtbudget auszukommen, ansonsten droht ihr der Zusatzbeitrag. Deshalb ist die Forderung nach einem Orientierungswert von zehn Euro sicherlich richtig. Denn Prävention sollte mehr bedient werden, allerdings ist dies in der Praxis, so wie der Gesundheitsfonds angelegt ist, äußerst schwierig. Die Kassen müssen auch wieder mehr finanziellen Spielraum erhalten und der Gesundheitsfonds muss in diesem Segment zurückgeführt werden.

Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.): Die Koalitionsparteien setzen vor allem darauf, das Gesundheitsverhalten der Menschen direkt anzugehen, sei es durch Anreize, Bestrafungen oder Informationskampagnen. Wie bewerten Sie dieses Vorgehen insbesondere vor dem Hintergrund großer sozialer Ungleichheiten und Migrationshintergründen und welche Auswirkungen hat dieses Vorgehen auf die Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit?

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung GmbH (WZB)): Wenn man einheitliche Gesundheitserziehung mit dem Ziel der Informationsvermittlung und der Einstellungsbeeinflussung im Hinblick auf eine soziale ungleiche Bevölkerung mit großer Intensität betreibt, ist die Ungleichheit im Ergebnis hinterher größer, weil die Botschaft der Information und die Versuche der Einstellungsveränderung bei Angehörigen der Mittelschicht und Oberschicht aufgrund größerer Lebensgestaltungsspielräume besser ankommen als in sozial

benachteiligten Schichten. Daraus haben sich das Konzept und die Praxis entwickelt, Gesundheitsförderung in Lebenswelten zu machen. Der Kreis wird dabei geradezu umgekehrt. Wir machen nicht knowledge, attitude, practice (Wissen, Einstellung und Verhalten), sondern die Setting-Projekte sind gewissermaßen ausprobierendes Verändern der jeweiligen sozialen Umwelt. Dabei ist die Partizipation absolut entscheidend. Das haben wir im Betrieb gelernt, in mittlerweile einigen tausend gut evaluierten Projekten mit Gesundheitszirkeln, bei denen im Ergebnis eine um bis zu 30 Prozent geringere krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit festzustellen war, und das für mehrere Jahre. Das übertragen wir mit großem Erfolg auf Schulen und Kindertagesstätten und wenden es zum Beispiel auch in Projekten der sozialen Stadt an, wenn der Bund nicht gerade die nichtinvestiven Mittel dazu streicht. Das Interventionsmodell ist etabliert, wissenschaftlich gut belegt und zeigt seine Überlegenheit gegenüber Versuchen, gesundheitlich riskantes Verhalten allein oder primär mit Aufklärung und Information zu verändern. Sinn und Kern des Paradigmas der Gesundheitsförderung im gesundheitsförderlichen Setting ist es, Menschen dazu anzuleiten und zu unterstützen, ihre Umwelt als veränderbar im Sinne ihrer Bedürfnisse zu erleben und das auszuprobieren. Wo das gelingt, generalisiert sich ein entsprechendes Verhältnis zur eigenen Gesundheit und zur Umwelt. Dies ist Gesundheitsförderung, die dann über ein ganzes Leben lang und in allen Lebensbereichen tragen kann. Wie das wirkt, können wir in einer ganzen Reihe von Interventionen zeigen, und das ist der Kern dessen, was aus meiner Sicht durch ein Präventionsgesetz geregelt werden müsste. Der Kooperationsverbund für gesundheitliche Chancengleichheit bei der BzgA entfaltet rein symbolische Aktivitäten. Es sind alles hochachtbare Akteure, aber ohne Budget, ohne Verbindlichkeit, ohne verbindliche Qualitätssicherung und ohne Finanzierung. Von insgesamt 305 Millionen Euro haben die Krankenkassen im Jahre 2010 80 Prozent für rein verhal-

tensbezogene Intervention ausgegeben und zehn Prozent für Maßnahmen in Betrieben. Wenn man genauer hinschaut, sind bei den zehn Prozent, die auf Betriebe entfallen, die Hälfte nur verhaltensbezogen, und auch bei den nichtbetrieblichen Settings haben wir das gleiche Bild. Das heißt, die Schwerkraft der ökonomischen Anreize der Kassen, die Bequemlichkeit und die Scheu vor Komplexität und langfristigem Engagement führen dazu, dass die weniger wirksamen Interventionen bevorzugt gefördert werden. Diese erreichen das Ziel der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit in der Regel aber nicht, sondern vergrößern sie vielmehr. Das kann nicht ernsthaft das Ziel der Gesundheitspolitik in Deutschland sein.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Nachdem die Bundesregierung plant die ärztliche Prävention auszubauen wird auch die betriebliche Gesundheitsförderung in den Fokus gestellt. Wir wissen aus Forschungsberichten, dass Frauen und auch Kleinbetriebe wenig erreicht werden. Herr Altgeld, wie müsste aus Ihrer Sicht die betriebliche Gesundheitsförderung ausgestaltet werden, damit wir diese Defizite überwinden und wie müsste dann insbesondere auch die Verbindung zu den einschlägigen Arbeitsschutzbestimmungen verändert werden?

SV **Thomas Altgeld** (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.): Dass Männer über betriebliche Intervention leichter erreicht werden hängt damit zusammen, dass mehr Großbetriebe in diesem Bereich aktiv sind und zwar eher aus dem produzierenden Gewerbe. Dort ist der Frauenanteil traditionell niedriger. Das heißt nicht, dass systematisch männerbezogene und Frauen ausgrenzende Maßnahmen gefördert werden, sondern dass Prävention an Industriearbeitsplätzen im produzierenden Gewerbe häufiger betrieben wird, weil die Krankenstände dort einen anderen Handlungsdruck erzeugt

haben. Es ist so, dass tatsächlich Klein- und Mittelbetriebe, dort wo das Gros der Beschäftigten arbeitet, weniger erreicht werden und dass es zwar seit Jahren Anstrengungen in diesem Bereich gibt, diese aber zu wenig Erfolg geführt haben, weil es keine Priorität hat. Da stellt sich die Frage, ob man eher in Strukturen investiert. Der ganze Arbeitsschutz ist ein Bereich, in dem das Geschlecht als Betrachtungsschwerpunkt überhaupt keine Rolle spielt. Es gibt in diesem Jahr einen Bericht der Frauenministerkonferenz, der die Frage aufnimmt wie die ganzen Instrumente wie Betriebsbegehung, Belastungsanalysen und auch Geschlecht stärker als Faktor berücksichtigt werden könnten. Da wäre zu schauen, ob man an der Haltung etwas ändert. Die Frage, ob man das Geschlecht oder andere Diversitäten, wie beispielsweise die soziale Lage und das Alter stärker betrachtet, ist vor allem eine Frage, ob die Strukturen das möglich machen und ob die Gesetze es vorgeben – das haben wir in diesem Bereich des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung überhaupt nicht. Wir hätten Verbesserungsbedarf auf anderer Ebene und das würde auch noch einmal deutlich machen, dass ein Präventionsgesetz, was nur auf den Gesundheitsbereich bezogen ist, vielleicht zu kurz greift. Arbeitssicherheit betrifft auf jeden Fall ein anderes Ministerium, einen anderen Bereich, aber hier könnte man noch einmal Akzente setzen und mehr zielgruppengerechte Prävention umsetzen.

Abg. **Stephan Stracke** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Holetschek. Welche Bedeutung haben die Kurorte in Deutschland für die Gesundheitsprävention, gerade durch ihre wohnortfernen Angebote und welchen Beitrag können Kurorte im Bereich der Gesundheitsprävention leisten, insbesondere vor dem Hintergrund sozial benachteiligter Menschen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung?

SV **Klaus Holetschek** (Bayerischer Heilbäderverband e. V.): Ich denke, dass wir in den Kurorten und mit der Kur bewährte Strukturen haben, die im Bereich der Prävention sehr gut einzusetzen wären. Leider merken wir, dass das Thema Kur über die Jahre immer mehr an Bedeutung verloren hat, insbesondere wenn ich an § 23 Abs. 2 SGB V denke. Nach den aktuellen Informationen, die die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe gerade veröffentlicht hat, liegt die Zahl der Genehmigungen bei 65.000 Kuren. Nach der Statistik des Bundesgesundheitsministeriums liegt die Zahl hingegen bei ungefähr 170.000 Kuren. Vermutlich kommt die Differenz durch Maßnahmen zustande, die inzwischen im europäischen Ausland durchgeführt werden. Es kann zumindest keiner schlüssig und plausibel erklären, wie diese Differenz entsteht. Wir merken, dass Anträge abgelehnt werden und Maßnahme erst nach Widerspruch genehmigt werden. Wir glauben, dass es gerade jetzt in den Kurorten und Heilbädern möglich wäre, nachdem wir einen Wandel zu modernen Gesundheitskompetenzzentren mit Therapeuten und Ärzten durchgemacht haben, diese Strukturen besser einzubinden. Eine ambulante, offene Badekur kostet die Kasse um die 560 Euro. Den Rest zahlt der Patient durch Erbringung hoher Eigenleistung. Von daher sollte man das wirklich überdenken, ob man dieses Instrument nicht einsetzt und auch gezielt anwendet. Wir gehen neue strategische Allianzen ein. Das Thema betriebliche Gesundheitsförderung ist ein Thema, bei dem man zusammenarbeiten, bei dem man in Kurorten und Heilbädern Impulse zu einer Lebensstilveränderung setzen kann, die dann weiter verfolgt werden und die in die Betriebe eingehen können und auch hier ist die Möglichkeit der Kooperation und Zusammenarbeit wichtig. Es werden wissenschaftliche Evaluationen in Zusammenarbeit mit Universitäten und mit modernen Kommunikationsplattformen durchgeführt, um die Nachhaltigkeit dieser Maßnahmen zu verbessern. Ich darf auch noch darauf hinweisen, dass letztendlich die Kurorte und Heilbäder wich-

tige Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum darstellen und dass dort eine hohe Dichte an Ärzten und Therapeuten vorhanden ist, die in die ländlichen Gebiete mit ausstrahlen.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Ich hätte eine Frage an Herrn Altgeld. Wir haben mehrmals über Präventionsstrategien gesprochen. Es ist so, dass sich im Rahmen einer alternden Gesellschaft die Frage stellt, ob eine Präventionsstrategie, wie sie Bundesgesundheitsminister Bahr plant, hinreichend geeignet ist, Verbesserungen im Bereich der Prävention für das Alter aber auch im Alter zu erreichen und ob adäquate Potentiale gehoben werden können? Welche gesetzlichen aber auch außergesetzlichen Regelungen und Maßnahmen sind für Sie im Hinblick auf Prävention im Alter bzw. für das Alter unverzichtbar?

SV **Thomas Altgeld** (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.): Ich kenne die Präventionsstrategie nicht, die im BMG gerade erarbeitet wird, aber es fehlt uns nicht an Papier. Wir haben mehrere nationale Aktionspläne, aber es fehlen Investitionen in die Umsetzung. Wir haben nationale Aktionspläne zu Diabetes, zu Aids usw. Die Ministerien, egal unter welcher Führung, neigen dazu, in diesem Bereich Papiere zu konzipieren und dann wird es mit der Umsetzung schwierig. Wir haben einen nationalen Aktionsplan zu Bewegung und Ernährung, ein ministeriumsübergreifendes Projekt, bei dem sich das BMG aus der Finanzierung zurückgezogen hat. Die Gedanken gehen bis 2020 und die Finanzierung endet 2013. Wir haben genügend Konzepte, der Gesundheitsminister müsste an dieser Stelle auch systematisch und vielleicht auch längerfristig investieren. Ich kann nicht beurteilen, was da jetzt kommt. Das Themenfeld Alter ist ein neues Themenfeld in der Prävention, das Modecharakter hat. Alle sagen, wir haben zu lange auf die Jugendlichen geschaut, jetzt sind die Alten im

demografischen Wandel eine neue Zielgruppe. Man sollte sich davor hüten, das zu überschätzen. Ich glaube, wir müssen an dieser Stelle untersuchen, welche Präventionspotenziale gegeben sind und wie diese gehoben werden können. Jetzt wird über die neue Pflegeversicherung nachgedacht. Das SGB XI ist das einzige Gesetz, was die Prävention vor die Leistungen des eigentlichen Gesetzes stellt, d. h. Prävention soll vor Pflegeleistungen gewährt werden. Wir können die Pflege mittlerweile schon nicht mehr finanzieren, aber wir können das, was an guten Gedanken im Pflegeversicherungsgesetz enthalten ist, überhaupt nicht finanzieren. Wir reden mit Pflegekassen, die im Vorfeld wenig Handlungsfähigkeit haben, die beispielsweise Sinnvolles, wie Wohnberatung oder andere Punkte, die tatsächlich Pflegebedürftigkeit vermeiden würden, nicht aus ihren Mitteln finanzieren können. Deshalb müsste man schauen, wie man das Pflegeversicherungsgesetz auch in seinem präventiven Anteil tatsächlich finanzierungsfähig macht. Das sind Gedanken, die häufig in dieser Auseinandersetzung fehlen. Man konzentriert sich auf die Kerngeschäfte der jeweiligen Sozialgesetzbücher, man müsste aber auch gucken, dass nicht nur die Präambeln Prävention hochschreiben, sondern dass auch Leistungen in diesem Bereich möglich sind. Deshalb wäre die Pflegeversicherung ein optimaler Interventionsort, um Gesundheitsförderung und Prävention im Alter voranzutreiben. Ich habe im Rahmen des Projektes „Neues Altern in der Stadt“ in Bruchsal Prozesse begleitet, in die wir mit sehr guten Gedanken hinein gegangen sind, aber mit Beteiligung der Betroffenen kommt man zu anderen Lösungen, als man sie vorgedacht hat. Da ging es um Bibliotheksöffnungszeiten, um Kino und andere Sachen, die letztendlich zur Aktivitätssteigerung älterer Menschen gemacht wurden. Das sind Gedanken, die unter dem Gesichtspunkt der Prävention und der geistigen Fitness im Alter eine wichtige Rolle spielen können. Grundsätzlich lassen sich Maßnahmen nicht vorfertigen, sondern man muss sie mit den Zielgrup-

pen entwickeln. Dafür fehlt wiederum der gesetzliche Rahmen.

Abg. **Dr. Erwin Lotter** (FDP): Meine Frage geht an Frau Prof. Dr. Pott. Mich würde interessieren, welche Rolle die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in einer Neuausrichtung einer Präventionsstrategie wahrnehmen könnte und welche Voraussetzungen hierfür geschaffen werden müssten?

Sve **Dr. Elisabeth Pott** (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)): In der Prävention fehlt Geld. Damit eine Präventionsstrategie erfolgreich sein kann – vorausgesetzt, sie hat ein fundiertes Konzept – und damit die Bundeszentrale eine wichtige Rolle spielen kann, brauchen wir einfach eine nachhaltige, langfristige, ausreichende und angemessene Finanzierung. Das zieht sich durch alle Beiträge. Wir haben gute Konzepte, sowohl für den Bereich Kindergesundheit als auch für den Bereich Gesundheitsförderung beim Älterwerden oder für ältere Menschen, aber sie lassen sich nicht umsetzen. Ich finde es wichtig, sich auch anzuschauen, was im Versorgungsbereich durch Prävention durchaus eingespart werden kann. Dann kann man auch sagen, dass es nicht so ist, dass auf Dauer Prävention zusätzlich finanziert werden muss, sondern dass es auch Einsparmöglichkeiten gibt. Ich komme noch einmal auf die Aidsproblematik zurück, weil wir als einziges langjähriges nationales Programm das Beispiel Aids haben. Wenn wir heute sehen, nachdem Aids jetzt behandelbar ist, was die Behandlung eines HIV- oder Aidspatienten kostet und wenn wir sehen, wie viel Geld wir in die Prävention investieren, können wir sagen, dass sich diese Investition gelohnt hat, wenn sich nur eine sehr geringe Zahl von Menschen nicht infiziert. Das kann man heute mit Zahlen belegen. Wir haben gute Konzepte, wir haben eine Untererausstattung und bisher eine Unterbewertung von Prävention in ihren Möglichkeiten und ich möchte an der Stelle Herrn Prof. Dr. Rosenbrock wi-

dersprechen. Alle Strategien, die qualifiziert und qualitätsgesichert sind, versuchen auch Strukturen zu verändern und arbeiten mit den Akteuren vor Ort in diese Richtung. Wir als Bundesbehörde arbeiten nie ins Blaue hinein, sondern immer in Unterstützung der Dinge, die vor Ort geschehen, weil wir nicht das machen können, was Aufgabe der Kommunen ist. Deshalb bin ich der Meinung, wir könnten eine Rolle spielen bei der breiten Umsetzung von Prävention in Deutschland, bei dem, was auch Kommunen und andere Akteure leisten können und wofür sie zuständig sind. Wir können eine Rolle in der Qualitätssicherung spielen. Darin haben wir viel Erfahrung. Hier sind viele, mit denen wir auch in der Qualitätssicherung zusammen arbeiten, weil ich ganz dezidiert der Meinung bin, dass öffentliche Gelder nicht ausgegeben werden sollten, wenn nicht evaluiert und nicht qualitätsgesichert wird. Diese Frage stelle sich aber vor dem Hintergrund der Frage, wie viel Geld soll überhaupt für Prävention ausgegeben werden. Es sollte sichergestellt werden, dass jeder Euro wirklich für qualitätsgesicherte Strategien ausgegeben wird. Hier könnten wir eine wichtige Koordinierungsfunktion übernehmen. Aus meiner Sicht hätte die Bundeszentrale aufgrund ihrer Erfahrungen und Kompetenzen und aufgrund ihrer langjährigen Zusammenarbeit mit Ländern, Kommunen, Krankenkassen, Sozialverbänden und mit der Wissenschaft die Möglichkeit, in diesem Bereich eine wichtige Rolle zu übernehmen.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine beiden Fragen gehen an Dr. Dragano. Es ist ein offenes Geheimnis, dass Defizite die Kinder allein deshalb haben, weil sie in eine sozial benachteiligte Familie hinein geboren werden, später schwer von ihnen selbst ausgeglichen werden können. Mich würde interessieren, was passieren muss, um den Kreislauf von Vererbung, sozialem Status, verminderter personeller Ressourcen und Gesundheitsverhalten zu durchbrechen. DIE LINKE. sieht neben der Stärkung von

Gesundheitsförderung und Prävention die Notwendigkeit einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik. Können Sie mir sagen, in welchem Verhältnis prekäre Arbeitsverhältnisse zur Gesundheit stehen und was notwendig wäre, um die Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und -nehmer zu verbessern?

SV Dr. Nico Dragano (Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Essen): Zu dieser Frage gibt es Forschungsergebnisse aus Life Cohort Studies. Sie beobachten Kinder von der Geburt an, leider auch bis zum Tode. Solche Studien gibt es in Großbritannien und in Schweden. Dort hat man gesehen, dass Kinder aus sozial benachteiligten, aus armen Familien, über das Leben gesehen ein höheres Sterblichkeitsrisiko haben, doch es gibt auch Schnittstellen. Das ist vor allen Dingen die Schule. Wenn es ihnen gelingt, dass ein Kind aus einer sozial schwachen Familie eine gute Schulausbildung erhält, kann man anhand der Daten in der Forschung zeigen, dass sich die Risiken vermindern. Sie werden nicht komplett abgebaut, aber es ist ein wichtiger Schritt. Insofern, das zeigen zumindest die epidemiologischen Daten übereinstimmend, scheint das Bildungswesen hier eine Schlüsselposition einzunehmen. Das leitet über zu Ihrer zweiten Frage. Wir sind engagiert in der WHO-Initiative, die sich genau dieses Thema auf die Fahne geschrieben hat. Die WHO ist der Ansicht, dass wir intersektorale Vernetzung brauchen. Prävention ist eben nicht nur Prävention im Gesundheitswesen, sondern die Vernetzung hinein in die Bildungspolitik. Die Daten zeigen, dass Durchlässigkeit im Bildungssystem die beste Prävention ist, die wir bislang kennen. Das geht dann weiter mit der prekären Arbeit, man nennt es in der Epidemiologie Risikoketten, d. h., wenn ein Kind schon benachteiligt ist, hat es meist auch einen schlechteren Bildungsabschluss, erreicht einen schlechteren Beruf, verdient weniger Geld und ist dann in jeder Lebensphase besonderen Risiken ausgesetzt. Das sehen wir zum Beispiel im

Faktor prekäre Arbeit. Personen mit besonders hohen Risiken werden von der Prävention derzeit nicht erreicht. Insofern wäre intersektorale Vernetzung ein Schlüsselthema der Präventionsdebatte.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Fragen richten sich an Frau Prof. Kolip. Es geht um die Qualitätssicherung. Sie sagen: Qualitätssicherung in der Prävention ist so ähnlich, wie gender mainstreaming, alle haben etwas davon, aber keiner weiß so genau, wie es funktioniert. Daran schließt sich meine Frage an: Wo liegen die Probleme bei der Qualität und Qualitätssicherung von Projekten und Programmen der Gesundheitsförderung und der Prävention und welche Lösungsansätze sehen Sie? Wie kann bereits die Planungsqualität verbessert werden? Brauchen die Praktiker/innen vor Ort dazu Beratung?

Sve Prof. Dr. Petra Kolip (Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften): Das, was wir heute diskutieren, zeigt, dass in den letzten Jahren einiges erreicht wurde, dass aber es noch großen Bedarf in vielen Bereichen gibt. Wir brauchen eine Stärkung von settingbezogener Gesundheitsförderung jenseits von Betrieben mit klugen Ansätzen. Wie erreichen wir eigentlich sozial Benachteiligte? Hier scheint es einen Konsens zu geben: Wir wollen diese Gruppen erreichen, aber wir wissen nicht so richtig, wie, und wir brauchen Überlegungen, wie wir das, was erfolgreich ist, auch weiterführen können. Es gab einiges in den letzten Jahren, zum Beispiel im Rahmen des In-Form-Programms die ‚Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten‘. Zweieinhalb Jahre durften Kommunen etwas aufbauen, und jetzt fällt die Förderung weg und die guten Ansätze bleiben wieder stecken. Qualität ist ein wichtiges Thema, weil wir wissen, dass wir an allen Punkten in einer solchen Interventionskette möglichst qualitätsgesichert arbeiten müssen. Auch da besteht Konsens. Aber schon bei der Frage, wie

man denn an die wissenschaftliche Evidenz kommt, wenn man Maßnahmen planen will, stehen wir in Deutschland schwach da. Es gibt in anderen Ländern Datenbanken, in denen die Evidenz aufbereitet ist und die man gut nutzen kann, um sicher zu sein, dass man auch das Richtige tut. Das haben wir bislang nur in Ansätzen und das ist sicherlich auch ein Bereich, den wir deutlich stärken müssen. Zur Frage der Planungsqualität: Da spielt die Evidenzbasierung eine Rolle, da spielen auch andere Fragen eine Rolle. Wenn ich die Bälle aufnehmen, die hier schon geworfen worden sind, stärker in die Kommunen zu gehen, die Kommunen bei dem zu unterstützen, was sie tun, spielt dort auch die Frage der Planungsqualität eine große Rolle. Meine Erfahrung in der Zusammenarbeit mit der Praxis ist, dass alle besten Willens sind und es auch Instrumente gibt, die man nutzen könnte, nur dass die Praxis die Instrumente nicht kennt und großen Beratungsbedarf hat. Es gibt ein riesiges Interesse in den Kommunen und Ländern, tatsächlich qualitätsgesichert zu arbeiten. Es fehlen aber Strukturen, sowohl auf Bundesebene, wo Konzepte entwickelt werden können, als auch auf Landesebene, wo diese Konzepte verbreitet werden können und wo geschult werden kann, so dass Konzepte sicherlich stärker strukturell zu verankern sind, als das bislang der Fall ist. Kompetenzen sind da, es gibt auch Institutionen, an die man das anbinden könnte, zum Beispiel an die BZgA oder an die Landesvereinigungen für Gesundheit, wenn es um die Landesebene geht. Das würde ich mir von allen Diskussion wünschen, dass über die strukturelle Verankerung stärker nachgedacht wird.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): In den Anträgen der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE. wird die Unterscheidung zwischen medizinischer und nichtmedizinischer Prävention vorgenommen. Herr Prof. Dr. Rosenbrock hat davon gesprochen, dass es manchmal so etwas wie eine spannungsreiche Diskussion gegeben hat. Ich würde Herrn Dr.

Kunstmann fragen, nachdem Prävention ohne Zweifel eine Kernaufgabe ärztlichen Handelns ist, ob Sie uns sagen können, wie man diese beiden Felder der medizinischen und nichtmedizinischen Prävention voneinander unterscheidet und ob Sie in dem Zusammenhang auch Änderungen am bestehenden § 20 SGB V noch einmal etwas konkretisieren können? Die zweite Frage, die ich gerne stellen würde, richtet sich an Prof. Wabitsch. Wir haben von Ihnen gehört, wie die Gesundheitsförderung und Prävention über das Setting Schule unterschiedlich wirke. Können Sie uns noch einmal sagen, welche Zugangswege Ihnen besonders erfolgversprechend erscheinen, um Kinder und Jugendliche zu erreichen und welche Personengruppen, außer den Kindern selbst, eine besondere Rolle spielen, wenn man besondere Kindesentwicklung unterstützen will und was diese dann für die Aufgabe sensibilisiert und stärken kann?

SV **Dr. Wilfried Kunstmann** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich finde es wichtig, dass wir in dem Zusammenhang auf den Aspekt der medizinischen und nichtmedizinischen Prävention zu sprechen kommen. Ich halte es für fatal, wenn in den Anträgen der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE. diese Unterscheidung vorgenommen wird, da wir andererseits ein gesamtgesellschaftlichen Anspruch mit der Prävention verbinden und in diesen Anträgen wieder Sektoren aufgezeichnet werden. Ich glaube auch, dass man sich einen Bärenendienst erweist, wenn man Prävention nur in einer Negativabgrenzung definiert. Außerdem glaube ich, dass mit dem Begriff der nichtmedizinischen Prävention zwar eine Abgrenzung zur Medizin erfolgt, aber keine Abgrenzung in Richtung Sozialpolitik oder Sozialarbeit oder allgemeine Daseinsfürsorge. Bei einer Fokussierung auf eine auf die Lebenswelt bezogenen Prävention werden möglicherweise lediglich Gelder verschoben. In Zukunft könnte dann, zum Beispiel für die Beschaffung von Spielgeräten in Kindergärten, die sonst über Kommunen oder Verbände

finanziert werden, möglicherweise auf einen Präventionsfonds geschickt werden. Damit würden wir uns einen Bärenienst erweisen und die Gelder, die hier zur Verfügung gestellt werden sollen, würden sehr schnell aufgebraucht werden. Der Anspruch, mit nichtmedizinischer Prävention Lebenswelten zu gestalten, mag zwar sehr ehrbar sein, aber wenn man sich überlegt, wie viele Bedingungsfaktoren unsere Gesundheit letztlich ausmachen und wie viele Lebensweltfaktoren darauf einwirken, werden selbst 500 Millionen oder 1 Milliarde Euro im Jahr wenig daran verändern können. Was ich sagen will: Gesundheit, wie sie entsteht, ist ein hoch komplexes, auch gesellschaftlich vermitteltes Geschehen, das man nicht allein über ein Präventionsgesetz regeln kann. Das muss man sich immer vor Augen führen. Der Aspekt der sozialen Benachteiligung, der immer wieder angesprochen wird, kann zwar ganz gut über Lebenswelten in Angriff genommen werden, aber es ist auch nicht immer eine Lösung. Dies haben wir beispielsweise im Bereich der Tabakprävention gesehen, bei der wir in den letzten Jahren zwar ein Policy-Mix entwickelt haben mit stark verhältnisbezogenen Maßnahmen wie Tabakkontrollen, mit Kontrollen im öffentlichen Bereich und Verbotsregelungen. Wir können zwar einen Rückgang bei den Jugendlichen in der Raucherprävalenz verzeichnen, aber gerade die sozial Benachteiligten und die Hauptschüler haben wir nicht erreicht, obwohl wir hier sehr stark auf Verhältnisprävention gesetzt haben. Es ist ein sehr komplexes Geschehen und wir sollten uns einig darüber sein, dass Prävention immer nur im Policy-Mix funktioniert, wo verhaltensbezogene Prävention und Aufklärung, auch über den Arzt, der gerade sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sehr gut erreichen kann, einher geht mit verhältnisbezogenen Maßnahmen. Das muss ineinander greifen und wir sollten keine Trennlinie ziehen. Sie sprechen noch die Regelung nach § 20 SGB V an. Ich habe es eben kurz angeschnitten. Wir haben viel zu wenig berücksichtigt – auch in den Anträgen – dass der Großteil der Primärprävention über die

gesetzlichen Krankenversicherungen im Bereich der Verhaltensprävention läuft. Das ist ein reines Wettbewerbsinstrument. Das wurde 2010 vom Bundesrechnungshof noch einmal deutlich kritisiert. Wir müssen dieses Instrument dem Kassenwettbewerb entziehen und wesentlich stärker mit ärztlichem Input versehen. Der Arzt, der gerade auch in der Praxis sozial Benachteiligten begegnet, kann steuernd tätig werden, auf Risiken aufmerksam machen und Aufklärung betreiben. Wir haben Modelle entwickelt – zum Beispiel das Rezept für Bewegung –, in denen durch ärztliche Beratung gesundheitsfördernde Programme über den organisierten Sport vermittelt werden können, und wir versuchen auch, diese bundesweit zu implementieren.

SV Prof. Dr. Martin Wabitsch (Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie): Herr Henke, Ihre Frage bezog sich auf die Zugangswege mit Blick auf Schulen oder andere kommunale Settings und Personengruppen, die man sensibilisieren könnte. Ich will vorab eine Trennlinie ziehen, nicht zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen, sondern zwischen der Diskussion, die in meinen Augen ein bisschen durcheinander geht. Wir haben Prävention als Begriff und man muss unterscheiden zwischen der gesellschaftlichen Ebene und zwischen der Prävention im Hinblick auf Risikogruppen. Dazu gehört die betriebliche Prävention und auch andere im weitesten Sinn. Bei der erstgenannten gesellschaftlichen Ebene brauchen wir zunächst ein klares Statement, eine klare Führung und Vorgabe sowie Ziele, die formuliert werden müssen und es müssen viele Akteure miteinander arbeiten. Ich denke, da spielt die Ärzteschaft eine große Rolle und nicht die Ärzte, wie Sie sie sich vorstellen, sondern der Arzt, der primär Prävention betreibt, weil er nicht heilen, sondern vorbeugen will. Das ist die Aufgabe des Arztes. Er wird durch unser Gesundheitssystem nur leider immer in die andere Richtung gedrängt. Der Arzt ist primär in der Präven-

tion tätig und es gibt gute wissenschaftliche Erkenntnisse, die wir haben und die vor allem in medizinischen Zeitschriften erscheinen. Es ist erstaunlich, dass viele Akteure oft nicht in der Lage sind, internationale Literatur zu lesen, denn da gibt es sehr viele Erkenntnisse, wie man mit klaren Vorgaben auf gesellschaftlicher Ebene wirksam vorgehen kann. Nur wenn alle Ebenen, sie fangen beim Kind an über die Familie, über die Schule, dann kommt die soziale Gruppe, die kulturelle Zugehörigkeit, die Städteplanung, die Kommunen, Organisations- und Wirtschaftsstrukturen, die Politik sowie die nationale und europäische Gesetzgebung gleichsinnig arbeiten, gelingt es uns auf gesellschaftlicher Ebene zu wirken und durchgängig etwas zu erreichen. In der Schule erreichen wir die Kinder nur dann, wenn wir die Schulverpflegung ändern. Stichwort Schulfruchtprogramm, Schulmilchprogramm, Schultrinkwasserprogramm, das sind wirksame Maßnahmen, die fast in keiner Schule in Deutschland umgesetzt sind. Zu den anderen Berufs- oder Personengruppen, die wir sensibilisieren können, zählen vor allem die Kinder- und Jugendärzte. Vor 50 Jahren hatten wir noch Kinder, die an Diphtherie oder an Wundstarrkrampf gestorben sind, da es keine Impfungen gab - Kinder sind verhungert oder waren schlecht ernährt. Heute haben wir andere Herausforderungen. Wenn wir gezielt vorgehen, können wir auch Adipositas, Diabetes, Haltungsstörungen, neurodegenerative Erkrankungen oder andere Infektionserkrankungen wirksam behandeln. Lassen Sie uns frühzeitig, bei Säuglingen, Neugeborenen und Kindern tätig werden. Wir wissen, was wir als Ärzte zu tun haben. Wir müssen nur auch die Möglichkeit haben, tätig zu werden und über die Vorsorgeuntersuchungen erreichen wir alle. Sie werden alle mit den gleichen Maßnahmen und der ärztlich Praxis behandelt und auch in der Prävention angeleitet. Ich denke, dort haben wir echte Möglichkeiten.

Abg. **Steffen-Claudio Lemme** (SPD): Ich habe eine Frage zum Thema betriebliche

Gesundheitsförderung an Herrn Dr. Panter und Herrn Norbert Haberl. Welche personellen und finanziellen Ressourcen sowie gesetzliche Rahmenbedingungen braucht eine verbesserte Gesundheitsförderung in Unternehmen und wie können vor allem in kleineren und mittleren Unternehmen Anreize zur Gesundheitsförderung gesetzt werden?

SV Dr. Wolfgang Panter (Vorsitzender des Verbandes deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW), Hüttenwerke Krupp Mannesmann GmbH): Es ist eben schon angeklungen, dass viele große Unternehmen eine Menge tun, was das Thema Gesundheitsförderung in Betrieben angeht. Sie tun das aus dem Gedanken heraus, dass sie sich für die Gesundheit der Mitarbeiter, sowohl auf dem Arbeitssicherheitssektor als auch auf dem Gesundheitssektor verantwortlich fühlen. Es gibt ein klassisches Gefälle; große Unternehmen haben eine Vielzahl von Maßnahmen, in den kleinen und mittleren Betrieben geht das dramatisch nach unten. Im großen Unternehmen gibt es betriebliche Gesundheitsmanagementprogramme, mit denen Mitarbeiter angesprochen werden, insbesondere auch untere soziale Schichten, Unqualifizierte, die keine Ausbildung und kein hohes Bildungsniveau haben und die angeregt werden, zum Beispiel zu einer Darmkrebsvorsorge zu gehen. Nur wird der Inhaber eines kleinen oder mittleren Unternehmens nicht in dem Maße bereit sein, die Kosten dafür zu übernehmen, wie das beispielsweise in Großunternehmen der Fall ist. Das ist die eine Ebene. Das Zweite, woran Prävention krankt, ist eine „Projektitis“, d. h. wir machen ein Projekt und ein nächstes Projekt. Was wir brauchen, ist eine Nachhaltigkeit und die wird nicht erzeugt, indem ich ein Programm nach einem Jahr beende, sondern wenn Maßnahmen regelmäßig durchgeführt werden. Es ist der Verteilungskampf zwischen den Krankenkassen schon angesprochen worden. Wenn hier eine vernünftige Abstimmung über wesentliche Ziele erfolgen und dann gemeinsam überlegt würde, mit welchen

Maßnahmen wirklich alle soziale Schichten erreicht werden könnten, wäre das eine enorme Verbesserung. Es krankt vielfach daran, dass die oberen Schichten erreicht werden und die unteren Schichten nicht; wir müssen unsere Programme noch stärker zielgruppenspezifisch ausrichten. Es gibt für die Unternehmen die Möglichkeit, betriebliche Gesundheitsförderung steuerlich abzusetzen. Das sind die bekannten 500 Euro. Auch hier gibt es ein Umsetzungsdefizit. Es gibt nicht so viele Unternehmen, die das in Anspruch nehmen, aber das zweite Umsetzungsdefizit kommt von staatlicher Seite. Wenn ein Unternehmen in einer Finanzprüfung erfährt, dass es sich bei Präventionsmaßnahmen für Mitarbeiter um einen geldwerten Vorteil handelt und die dafür verwendeten Mittel nachversteuert werden müssen, wird es die Maßnahmen einstellen. Das zeigt noch einmal, dass das Bewusstsein nicht da ist. Wir müssen stärker zu einer Nachhaltigkeit kommen. Da ist der zentrale Bedarf für unsere Gesellschaft.

SV Norbert Haberl (Betriebskrankenkasse der BMW AG): Der demografische Wandel bringt es mit sich, dass die Beschäftigten in den Betrieben immer älter werden. Das heißt, die Unternehmensleitung muss erkennen, dass die Beschäftigten, nicht zuletzt durch den sogenannten Fachkräftemangel, das entscheidende Gut sind und ihre Leistungsfähigkeit sich unmittelbar auf die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen auswirkt. Im Umkehrschluss heißt das, die oberste Führung muss überzeugt sein, dass Prävention etwas bringt. Es gibt Studien, die zeigen, dass sich in Prävention investiertes Geld als Return on Investment rechnet. Das Thema Verständnis und Aufklärung ist meiner Meinung nach noch nicht sehr verbreitet. Es braucht weniger Gesetze und statt dessen mehr Verständnis für die Wettbewerbsfähigkeit mit gesunden Mitarbeitern und dies erreicht man mit Prävention unter Ausnutzung der bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen. Herr Dr. Panter hat das Beispiel der betrieblichen

Gesundheitsförderung in Höhe von bis zu 500 Euro gebracht. Aus meiner Sicht brauchen Sie bei kleinen Betrieben keinen Gesetzgeber, sondern Sie brauchen die unternehmerische Überzeugung und die Überzeugungskraft, dass sich Investition in Prävention am Ende des Tages rechnet und für die Leute gut ist. Bei der Prävention steht natürlich der Mitarbeiter stark im Vordergrund. Glückliche Mitarbeiter sind gesunde Mitarbeiter und gesunde, glückliche Mitarbeiter bringen Produktivität. Wenn Sie viele Kranke und Benachteiligte haben, werden Sie frustrierte Leute haben und Ihre Produktivität sinkt. Das ist aus meiner Sicht ein ganz einfacher Zusammenhang.

Abg. Dr. Erwin Lotter (FDP): Meine Frage geht an Herrn Dr. Panter und Herrn Haberl. Inwieweit ist das Thema psychische Belastung am Arbeitsplatz in den Betrieben bereits Bestandteil der betrieblichen Gesundheitsförderung und welche Ansätze haben sich aus Ihrer Sicht bewährt?

SV Dr. Wolfgang Panter (Vorsitzender des Verbandes deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW), Hüttenwerke Krupp Mannesmann GmbH): Sie schneiden einen für die Gesellschaft und für die Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit der Menschen, aber auch für die Entwicklung unserer Volkswirtschaft ganz entscheidenden und zentralen Punkt an. Wir stellen in den Betrieben fest, dass die Zahl der Menschen mit psychischen Einschränkungen oder Störungen in den letzten Jahren stark gestiegen ist. Wir haben nach dem Arbeitsschutzgesetz die Verpflichtung, in den Unternehmen eine Gefährdungsbeurteilung zu machen und in dieser Gefährdungsbeurteilung sind nicht nur Fragen der physischen, sondern auch der psychischen Gefährdungen zu bearbeiten und zu beachten. Dies geschieht insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich Arbeitswelten dramatisch verändern, dass Entgrenzungen von Arbeitswelten und Freizeiten stattfinden, dass Menschen vielfach sehr stark an die Arbeit gebunden

sind und sich gebunden fühlen. Im Arbeitsministerium ist eine arbeitsmedizinische Empfehlung zur Umsetzung der psychischen Gesundheit in den Betrieben erarbeitet worden, die jetzt veröffentlicht wird und eine gute Grundlage ist, dass Betriebsärzte dieses Thema vor Ort vorantreiben können. Ich bin absolut sicher, dass die Gefährdungsbeurteilung in großen Betrieben umgesetzt wird, teilweise auch bei der psychischen Gesundheit und Belastung. In Kleinbetrieben haben wir das Defizit, dass oftmals überhaupt keine Gefährdungsbeurteilung da ist und schon gar nicht auf den psychischen Sektor ausgedehnt wurde. Das wird ein Thema der nächsten Jahre sein, das für die Entwicklung und Sicherung unserer Volkswirtschaft von ganz entscheidender Bedeutung sein wird und da kommt den Unternehmen und insbesondere den Unternehmensführungen ein ganz entscheidender Faktor zu. Wir haben selber im eigenen Betrieb damit angefangen, die Führungskräfte intensiv zu diesem Thema zu schulen und ihnen aufzuzeigen, wo es Hilfsmöglichkeiten gibt und wie wir Mitarbeitern helfen können. Gerade das Thema psychische Gesundheit wird aktiv von Betriebsärzten aufgegriffen, aber auch da gibt es wiederum die Problematik des unterschiedlichen Niveaus in den verschiedenen Betrieben – Großbetriebe mit höherem Niveau auf der einen Seite sowie Klein- und Mittelbetriebe mit sinkendem Niveau auf der anderen Seite –.

SV Norbert Haberl (Betriebskrankenkasse der BMW AG): Wir wissen über den Gesundheitsreport relativ genau Bescheid, wo sich in unserem Unternehmen psychische Erkrankungen häufen. Über das Vorstandsressort kennen wir die kleinsten Bereiche, ganz gleich, in welcher Niederlassung oder welchem Werk sie sind. Auf dieser Basis machen wir ganz gezielte Aktionen. Darüber hinaus herrscht eine sehr intensive Zusammenarbeit zwischen den Werksärzten und den von der Krankenkasse angestellten Psychologen. Hier kann man Ketten aufbauen, um die Hilfe für die betroffenen Menschen mit psy-

chologischen Erkrankungen zu steuern bzw. lange Wartezeiten zu vermeiden. Wir haben auch, so wie es etliche trägerbezogene Betriebskrankenkassen haben, nicht nur Mediziner angestellt, sondern auch Schuldner- oder Lebensberater (in einem Vertragsverhältnis), denn nicht alles, was mit der Psyche zusammenhängt, hängt unmittelbar mit einer Krankheit zusammen, sondern es gibt gewisse Umfeldeinflüsse. Wir wissen, dass das ein großes Problem in den Unternehmen ist. Wir wissen auch, dass es alle Schichten eines Unternehmens betrifft, von den oberen Führungskräften bis zu den Bandmitarbeitern.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Frau Prof. Kolip und Herrn Prof. Rosenbrock. Die demografische Entwicklung war gerade Thema. Ich möchte noch einmal darauf eingehen und auf die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Anbetracht der demografischen Entwicklung zu sprechen kommen. Welchen Einfluss von Prävention sehen Sie in diesen Bereichen und in Bezug auf die zukünftigen Herausforderungen in der Pflege?

SVe Prof. Dr. Petra Kolip (Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften): Wir haben bestimmte Aspekte schon thematisiert. Es ist unstrittig, dass die Herausforderungen, die durch den demografischen Wandel gestellt werden, zum großen Teil durch kluge Prävention und Gesundheitsförderung in Angriff genommen werden können. Die Vorstellung, dass eine alternde Bevölkerung zwangsweise verbunden ist mit einer krank werdenden Bevölkerung, stimmt so nicht. Wenn wir rechtzeitig eingreifen und früh in Prävention und Gesundheitsförderung investieren, kann es uns gelingen, Menschen dazu zu bringen, gesund zu altern, das Auftreten chronischer Erkrankungen zu verzögern oder ganz zu verhindern. Insofern ist es ziemlich wichtig, in Prävention und Gesundheitsförderung zu investieren. Allerdings – ich knüpfe das

an, was Herr Dr. Mielck betont hat – müssen wir mit großen gesundheitlichen Ungleichheiten rechnen und wir sehen, dass der Gewinn an Lebenserwartung in den sozial benachteiligten Gruppen deutlich höher sein kann und dass wir vor allen Dingen unser Augenmerk auf diese Gruppen richten müssen. Ich wiederhole noch einmal, was ich vorhin gesagt habe: wir haben dafür bislang keine wirklich klugen Konzepte, wie wir dieses Problem der vielleicht größer werdenden gesundheitlichen Ungleichheit in Anbetracht des demografischen Wandels gut bearbeiten können.

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung GmbH (WZB)): Wir leben in einer Zeit, in der die Bevölkerung alle zehn Jahre im Durchschnitt mehr als ein Jahr älter wird und der durchschnittliche Zeitpunkt des Eintritts der im letzten Drittel des menschlichen Lebens wahrscheinlich unvermeidlich chronisch degenerativen Erkrankungen immer weiter nach hinten rückt. Deswegen wird der Anteil „kranker“ Jahre in einem längeren Leben tendenziell geringer und wir haben als gesundheitspolitische Zielperspektive, wenn wir die Potenziale der Prävention heben und ernst nehmen, die Möglichkeit zu sagen, mehr „gesunde“ Jahre in einem längeren Leben. Im Sachverständigenratsgutachten 2009 haben wir errechnet, dass wir für jedes Jahr, in dem es uns gelingt, den durchschnittlichen Ausbruch der chronischen Erkrankungen nach hinten zu verschieben, im Jahr 2050 jeweils 400.000 Menschen weniger pflegebedürftig werden. Das ist ein guter Zielindikator. Das heißt, wir beeinflussen durch die Präventionspolitik von heute die Pflegebedürftigkeitsziffern von 2050. Wenn wir heute die gegebene Morbidität und Mortalität in Deutschland nehmen und diese auf die in den kommenden Jahren feststehende Altersentwicklung projizieren, haben wir in 2050 ungefähr 3,9 Millionen Pflegebedürftige. Wenn wir den heute bereits laufenden Prozess der Compression of Morbidity einrechnen, kommen wir auf 3,1 Millio-

nen Pflegebedürftige, also 800.000 weniger, was zwei Jahren Compression of Morbidity entspricht. Aufgabe von Präventionspolitik ist es, die Compression of Morbidity, die empirisch feststellbar sehr gut in den Mittel- und Oberschichten ankommt, für die Unterschichten zu öffnen, denn da findet sie de facto nicht statt. Das ist das Ziel von Präventionspolitik, die Compression of Morbidity für die unteren Sozialschichten zu öffnen. Das sind Potenziale, die – es wurde viel von Return on Investment gesprochen – tatsächlich auch in Geld ausrechenbar sind. Da haben wir natürlich kein einheitliches Interventionskonzept, weil sich Präventionspolitik an den Lebenswelten orientiert, die Menschen zu durchlaufen haben. Aber Dr. Dragano hat ausgeführt, dass wir von Risikoketten reden, wo wir jeweils charakteristische Interventionspunkte haben. Beispielhaft seien Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe und der Freizeitbereich genannt. Es geht nicht darum, noch eine ärztliche Beratung einzubauen oder noch eine Informationsschrift zu verteilen oder noch eine Radioansprache zu halten, sondern es geht immer darum, den Menschen Wege zu zeigen und zu öffnen, wie sie die Lebenswelten ihren Bedürfnissen entsprechend in Kooperation mit anderen Menschen als veränderbar erkennen und auch verändern können. Dazu brauchen wir einen gesetzlichen Rahmen. Gerade in einer Gesellschaft des demografischen Wandels, kann man nicht sagen, Prävention sei für alte Menschen besonders wichtig, weil sie schon alt sind, oder für Kinder, weil sie mal alt werden. Vielmehr haben wir auf dem gesamten Lebensweg der Menschen diese charakteristischen Interventionspunkte, die sich an den Lebenswelten orientieren, die Menschen in ihren Biografien durchlaufen. Hier liegt nach meiner Überzeugung die größte Produktivitätsreserve der Gesundheitspolitik in industrialisierten Ländern, und es wird wirklich Zeit, dass wir sie zu heben beginnen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an

Prof. Rosenbrock, wie wir es schaffen können, unsere Krankenkassenpolitik in eine solche gesundheitsförderliche Gesamtpolitik einzubinden. Das ist die große Frage, die im Raum steht. Kennen Sie Beispiele, bei denen es entlang eines Themenfeldes gut gelungen ist, genau diese Gesamtpolitik zu verwirklichen und wie man eine bestimmte Zielgruppe tatsächlich erreichen kann? Die andere Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Sie haben relativ viel Kritik an der bisherigen Präventionsarbeit der Krankenkassen gehört. Ein Thema war die mangelnde Stetigkeit. Das andere war, dass besonders benachteiligte Zielgruppen relativ schlecht erreicht werden, weil 80 Prozent der Präventionsmaßnahmen sich der verhaltensbezogenen Prävention widmen und dort wiederum nur bildungsnahe Schichten erreicht werden. Was heißt das für Sie in Konsequenz? Haben Sie schon Schritte unternommen, um zielgruppengerechter zu werden und wo sehen Sie Ihre Potenziale?

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung GmbH (WZB)): Eines der Musterbeispiele, die wir in Deutschland produziert haben, hat Frau Prof. Dr. Pott schon mehrfach erwähnt, das ist die HIV/Aids-Prävention. Dort haben wir ein klares Profil von Zielgruppen, die wir von vornherein in die Konzipierung und Umsetzung der Präventionsstrategien einbezogen haben, wodurch der Lebensweltbezug von vornherein bei allen Schritten vorhanden war. Der Staat hat den Rahmen gesetzt und den Bedarf definiert. Nach der Schätzung eines Institutes spart die Aidsprävention in Deutschland jährlich 330 Millionen Euro an Behandlungskosten ein und kostet dagegen bloß zehn Millionen Euro. Wenn ich sehe, was wir heute an evaluierten, erprobten Instrumenten im Kinderbereich haben und wir wissen, dass 80 Prozent der Kinder ganz gut drauf sind, wissen wir aber gleichzeitig auch, dass die verbleibenden 20 Prozent die großen Kosten der Zukunft produzieren werden, um es betriebswirtschaftlich zu sagen. Wir haben

einmal die medizinische Prävention, die ist unstrittig und nötig und die Sache von Ärzten. Zum einen ist das die medizinische Primärprävention, zum Beispiel die Impfung. Zum anderen haben wir die Sekundärprävention, das ist die Früherkennung zur frühen Behandlung von Krankheiten. Das sind klar ärztliche Aufgabenfelder und die sind im SGB V auch abschließend geregelt. Was wir brauchen, ist ein genauso starkes Gesetz für die nicht-medizinische primärpräventive Intervention, weil auf dieser Basis, wenn dieser Bereich geregelt ist und die Akteure einen Rahmen, Qualitätssicherung und Ressourcen haben, dann auch über sinnvolle Kooperationsstrukturen geredet werden kann. So wie das heute strukturiert ist, entwickelt sich kaum sinnvolle Kooperation, und die Kooperationen, die heute vorgezeigt werden, bewegen sich quantitativ und qualitativ im symbolischen Bereich. Man soll sich da nicht täuschen lassen. Wir haben in Deutschland nicht 80 Schulen, in denen die GKV in einem wunderbaren Modellprojekt interveniert hat, sondern wir haben über 45.000 Schulen in Deutschland, die schulische Gesundheitsförderung brauchen. Wir haben vier Millionen Betriebe in Deutschland, wo etwas geschehen muss. Dann kommen wir neben einer Gliederung nach Lebenslauf zu einer Gliederung von Intervention nach den Lebenswelten, die in einer Biografie durchschritten werden, und die jede, basierend auf einem Grundmuster, eine spezifische Ausrichtung der Intervention braucht, mit professioneller Expertise.

SV Dr. Volker Wanek (GKV-Spitzenverband): Es ist verschiedentlich angekungen und ich stimme dem ausdrücklich zu, dass die Leistungen, sowohl der Krankenkassen aber auch aller anderen Partner in Bezug auf lebensweltbezogene Prävention gerade für sozial benachteiligte Zielgruppen deutlich ausgeweitet werden müssen. Die Frage, ob es bei der Versorgung von nicht sozial Benachteiligten, wie Personen aus der Mittelschicht, eine Überversorgung gibt, möchte ich nicht

beantworten. Wir vom GKV Spitzenverband haben vor zwei Jahren einen Appell an die Mitgliedskassen gerichtet, betriebliche und lebensweltbezogene Interventionen deutlich zu stärken. Wir als GKV sind in diesem Konzert nur eine Stimme und nur ein Partner. Wir haben einerseits in den SGBs in unterschiedlichen Leistungsbereichen Vorschriften bis ins Detail, wie die Leistungen zu erbringen sind. In der Primärprävention haben wir nur einen ganz kurzen Paragraphen, der besagt, dass Leistungen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und die Ungleichheit mindern müssen. Wir haben unsere Richtlinien, die als Leistungskatalog für die Prävention gelten, in Zusammenarbeit u. a. mit der hier am Tisch vertretenen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Sachverständigenrat genau auf diese Aufgaben hin ausgerichtet. Das heißt, wir haben den gesetzlichen Rahmen so formuliert, dass aus diesem Settingansatz eine etablierte Leistungsart geworden ist, was er vorher nicht war. Wir haben mit den genannten und anderen Partnern zum Beispiel Prävention in Schulen als etablierte Leistungsart entwickelt und sind dabei, es auch weiterzuentwickeln. Den wirklichen Durchbruch und Quantensprung kann es nur geben, wenn auf Gemeindeebene, und wenn auch in den Institutionen selbst, die Initiative viel stärker in Richtung eines koordinierten Vorgehens in der Prävention geht. Die Krankenkasse kann von außen immer nur unterstützend und beratend hinzukommen. Die Initiative muss von den Kommunen, von den Betrieben ausgehen und dann können die Krankenkassen mit Befragungen, mit Bedarfsanalysen, mit Gesundheitsberichten, mit Leistungen und mit Kursen unterstützend eingreifen. Aber die Settings können nicht von außen, auch nicht von der GKV beglückt werden, sondern sie müssen selber den Bedarf anmelden und auch selber eine Initiative in diese Richtung entwickeln.

Abg. **Stefanie Vogelsang** (CDU/CSU): Ich würde gerne eine Frage zum einen an Frau Prof. Dr. Pott und zum anderen an Herrn

Holetschek stellen. Ich bin eine starke Anhängerin von sehr konkreten Präventionszielen, die vom Deutschen Bundestag definiert werden könnten und sich sowohl auf die Primär-, die Sekundär- als auch auf die Tertiärprävention beziehen müssten. Dadurch könnten wir beispielsweise für die nächsten fünf Jahre alle Körperschaften, alle Akteure in der Bundesrepublik Deutschland verpflichten, Adipositas bei Kindern unter zehn Jahren um zehn Prozent zu senken. Wenn ich den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN und den Antrag der Fraktion der SPD sehe, wollen Sie mit einem nationalen Zentrum auch Qualitätsstandards festlegen, die dann auch für jede einzelne kleine Körperschaft und für jede einzelne Situation vor Ort verbindlich sein sollen. Wie bewerten Sie das vor diesem Hintergrund? An Sie, Herr Holetschek, die folgende Frage: Im Bereich der Tertiärprävention könnte man sich darauf verständigen, dass wir als Deutscher Bundestag sagten, wir wollen in den nächsten fünf Jahren die Reinfarktquote beim Herzinfarkt um zehn Prozent verringern. Was meinen Sie, könnte das Deutsche Heilbäderwesen dazu beitragen, ein solches Ziel zu erreichen und das auch verbreitet auf den unterschiedlichen Ebenen?

SVe **Dr. Elisabeth Pott** (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)): Es gibt in der Qualitätssicherung unterschiedlichste Verfahren, die je nach Fragestellung, Themenkomplex und Ausgangssituation angewendet werden können. Wenn wir ein bestimmtes Ziel erreichen sollen, müssen wir für die Maßnahmen, die wir durchführen, bestimmte Standards festlegen und wenn diese Standards nicht eingehalten werden, kann dieses Ziel auch nicht erreicht werden. Prof. Wabitsch hat vorhin ein Beispiel aus der Schule gebracht und die These aufgestellt, dass Schulprogramme nicht zu einer generellen Verbesserung geführt haben, sondern eher dazu, dass die Schere noch weiter auseinander gegangen ist. Wenn ich die Methodenarmut, die heute in der Regel

in der Schule stattfindet, sehe, muss mich das nicht wundern. Das heißt aber nicht, dass der Ansatz, in der Schule Gesundheitsförderung zu machen, falsch ist. Wir sprechen heute von der Notwendigkeit einer individuellen Förderung und wir sprechen von der Notwendigkeit, das Thema nicht nur im Unterricht zu behandeln, sondern auch die Rahmenbedingungen in der Schule so zu gestalten, dass sie auch für leistungsschwächere Kinder förderlich sind. Wenn man das tut, kommt man zu einem anderen Ergebnis. Das wäre ein Beispiel dafür, wieso man Standards braucht. Wir brauchen Anforderungen, die über eine Methodenentwicklung allen zur Verfügung gestellt werden müssen, damit sie damit arbeiten können. Wir müssen solche Methoden entwickeln, die allen, die in der Prävention und Gesundheitsförderung arbeiten, zur Verfügung stehen, damit sie diese nutzen und damit sie damit arbeiten können, um Wirkung zu erzielen. Wir heißen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Das könnte den Eindruck vermitteln, dass wir lediglich Informationen geben. Wir geben nicht nur Informationen, sondern wir arbeiten kontextbezogen in der Lebenswelt der Menschen und geben ihnen die Informationen, die sie vor dem Hintergrund ihres Bildungsniveaus brauchen, so gut wir das mit der Ausstattung, die wir zur Verfügung haben, können. Aber auf der anderen Seite darf man Information nicht geringschätzen. Denn die Information ist wichtig, wenn wir wollen, dass Menschen letztlich selbstbestimmt dazu geführt werden, eine gut informierte, bewusste Entscheidung treffen zu können.

SV Klaus Holetschek (Bayerischer Heilbäderverband e. V.): Wir haben in Deutschland 350 prädikatisierte Kurorte und Heilbäder. Das heißt, es sind Orte, die aufgrund der Begriffsbestimmungen Qualitätsmerkmale erfüllen müssen, damit sie sich als Kurort oder als Heilbad am Markt behaupten können. Wenn wir diese Strukturen einbinden in das Thema Prävention und wenn wir die Therapeuten

und Ärzte, die dort arbeiten verbinden mit Innovationen, die in dieser Zeit auch an den Orten entstanden sind, können wir natürlich auch dazu beitragen, gewisse Gesundheitsziele tatsächlich zu erfüllen. Ich bitte schon darum, dass wir gerade diese Strukturen nicht aus dieser Diskussion ausklammern. Es wird langsam Zeit, dass Prävention tatsächlich umgesetzt wird und nicht in ideologischen Diskussionen haften bleibt.

Abg. Bärbel Bas (SPD): Meine Frage geht an Prof. Dr. Rosenbrock und Prof. Dr. Geene. Wenn Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist und das auch von allen anerkannt wird, auf welche Strukturen muss dann bei ihrer Finanzierung zurückgegriffen werden? Insbesondere wenn man sich den öffentlichen Gesundheitsdienst ansieht, die Akteure und die Vernetzung vor Ort. Wer muss zur Finanzierung beitragen, um Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu finanzieren?

SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung GmbH (WZB)): Wenn man über gesamtgesellschaftliche Aufgaben redet, muss man zwei Ebenen unterscheiden. Die eine ist die Ebene der Sozial-, Arbeitsmarkt- und Bildungspolitik, durch die die großen sozialen Determinanten der Gesundheit der Bevölkerung beeinflusst werden, wo aber in der Regel von Gesundheit keine Rede ist. Ich nenne das die implizite Gesundheitspolitik, weil sie Gesundheit stark beeinflusst, ohne Gesundheitspolitik zu heißen. Wenn wir von Prävention sprechen, reden wir von expliziter Gesundheitspolitik und ein Präventionsgesetz würde darauf zielen, die explizite Prävention und damit die explizite Gesundheitspolitik in diesem Teilbereich zu regeln. Da müssten – deswegen hat die Stiftungslösung diesen großen Charme – die Stakeholder, die davon profitieren werden, d. h. natürlich, alle Sozialversicherungszweige, an der Finanzierung beteiligt werden. Ich war enttäuscht, dass im

Antrag der Fraktion der SPD die Bundesagentur für Arbeit nicht aufgeführt ist, denn ohne Zweifel ist Gesundheitsförderung bei Arbeitssuchenden ein zentral wichtiges und auch aussichtsreiches Thema. Selbstverständlich müsste der Bund eine Rolle übernehmen und selbstverständlich müssten die Länder beteiligt sein. Natürlich müssen wir die Fehler vermeiden, die zu Recht am Entwurf des Präventionsgesetzes 2005 kritisiert wurden. Es muss eine Sicherung dagegen geben, dass sich öffentliche Träger aus der Finanzierung zurückziehen und diese den Sozialversicherungsträgern überlassen. Die zweite Frage muss dann sein, wer über die Verwendung dieser Gelder entscheidet. Da muss man natürlich auch wieder sehen, wer die Fachleute und die Stakeholder sind. Ich glaube, dass Länder, wie die Schweiz und Österreich aber auch die skandinavischen Länder gute Lösungen gefunden haben, wie die Finanzierung transparent gemacht werden könnte. So ist die Grundstruktur einer Stiftung unter Beteiligung verschiedener staatlicher Stellen und aller Sozialversicherungsträger sowie eine transparente Wahl der Entscheidungsgremien ein hohes, aber erreichbares Ziel.

SV Prof. Raimund Geene (Hochschule Magdeburg-Stendal, Vorstand Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen): Die finanziellen Größenordnungen, die in den Anträgen angegeben werden, sind ein bisschen unterschiedlich und doch sehr nah beieinander. Es handelt sich um zehn Euro pro Versicherten im Antrag der SPD-Fraktion. Es geht um eine Milliarde Euro bei der Fraktion DIE LINKE. in Form eines jährlichen staatlichen Zuschusses und 500 Millionen Euro bei der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Das klingt erst einmal sehr viel, tatsächlich aber handelt es sich, verglichen mit der medizinischen Prävention, im Grunde um geringe Summen. Wenn beispielsweise ein neues Screening eingeführt wird, löst dies sofort ganz andere Effekte aus. Ein Folgeproblem dessen ist, dass durch regelmäßige Screenings in der Sekundärpräven-

tion die tatsächlichen Risiken eher verkannt werden als dass sie identifiziert werden könnten. Das ist genau der umgekehrte Effekt. Eine Stiftung muss natürlich vor allem Mittel aufwenden, die dann in den Kommunen ankommen und die konkret die Lebenswelten vor Ort gestalten, was ich für einen sehr wichtigen Punkt halte. Gleichzeitig muss aber Schluss damit sein, dass die vielen Mittel in den einzelnen Bereichen verwässern, sondern es muss sichergestellt werden, dass sie konkret für Prävention eingesetzt werden können.

*Die **Vorsitzende** schließt die Sitzung um 16.30 Uhr.*