

25 Jahre § 20 SGB V: Aufschwung, Rückschläge und Perspektiven

RÜDIGER MEIERJÜRGEN

Dr. Rüdiger Meierjürgen,
Kompetenzzentrum Medizin
und Versorgungsforschung,
Barmer GEK, Wuppertal

Prävention und Gesundheitsförderung sind seit 25 Jahren Hoffnungsträger der Gesundheitspolitik. Der Blick auf die Entwicklung der Präventionspolitik ist allerdings ernüchternd. Trotz aller Präventionsrhetorik und –symbolik scheiterten bislang alle politischen Versuche, Prävention und Gesundheitsförderung zukunftsweisend weiter zu entwickeln. In dieser Legislaturperiode soll ein neuer Anlauf für ein Präventionsgesetz unternommen werden. Der vorliegende Beitrag will zentrale Entwicklungslinien der Prävention und Gesundheitsförderung der vergangenen 25 Jahre nachzeichnen. Im Sinne eines „Blicks zurück und nach vorn“ sollen zugleich Perspektiven für die Weiterentwicklung aufgezeigt werden.

Die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung für den Gesundheitsstatus der Bevölkerung sowie die finanzielle Stabilität des Gesundheitssystems ist unbestritten. In den „Gesellschaften längeren Lebens“ können die großen Herausforderungen der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung mit einer rein kurativen Ausrichtung des Gesundheitssystems nicht gelöst werden. Die steigende Lebenserwartung und der daraus resultierende Versorgungsbedarf, die Zunahme chronischer Erkrankungen und die ungleiche soziale Verteilung der Gesundheitschancen erfordern eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung.

Mit der Einführung des § 20 SGB V im Jahr 1989 sind Prävention und Gesundheitsförderung zu einer gesetzlichen Aufgabe der GKV geworden. Die wirksame Ausgestaltung der Prävention und Gesundheitsförderung war und ist

seither Gegenstand kontroverser Diskussionen.

Die zum Teil widersprüchliche, von Höhen und Tiefen gekennzeichnete Geschichte des § 20 SGB V ist symptomatisch für eine unzulängliche gesundheitspolitische Strategie im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung. Statt zukunftsweisender Weichenstellungen prägen gesetzgeberische Ad hoc Aktivitäten und z. T. inkrementale Änderungen des § 20 SGB V die Entwicklung in den vergangenen 25 Jahren. Mehrere Anläufe, Zuständigkeiten, Strukturen und Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen eines Präventionsgesetzes zu regeln, scheiterten an den divergierenden Interessen von Politik von Bund, Ländern und Krankenkassen.

Auch wenn eine nachhaltige politische Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung bislang nicht gelungen

ist, hat sich in Deutschland eine Präventionslandschaft mit funktionierenden Beratungs-, Entscheidungs- und Umsetzungsstrukturen entwickelt; gleichwohl bestehen nach wie vor eine Reihe von Schwachstellen, vor allem hinsichtlich der

- Ziel(-gruppen)orientierung und -erreichung
- Koordination und Kooperation
- Erreichung sozial und gesundheitlich benachteiligter Gruppen
- Ressourcenausstattung
- Qualitätssicherung und Evaluation.

Bereits in diesem Jahr plant die Bundesregierung ein Präventionsgesetz auf den Weg zu bringen, das insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten sowie die betriebliche Gesundheitsförderung stärken und alle Sozialversicherungsträger einbinden soll. Über verpflichtende Rahmenvereinbarungen auf Landesebene soll analog der Regelungen zur Förderung der Zahngesundheit und Schutzimpfungen die Kooperation und Koordination aller Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen verbessert werden. Bundesweit einheitliche Gesundheitsziele und Vorgaben zur Qualität und Evaluation sollen dabei berücksichtigt und Länderpräventionsansätze einbezogen werden (Koalitionsvertrag 2013: 58 f.).

1. Entwicklungsschritte von Prävention und Gesundheitsförderung

1.1 Die Einführung von Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheits-Reformgesetz 1989

Die Einführung der nicht-medizinischen Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen des § 20 SGB V des Gesundheits-Reformgesetzes von 1989 galt als ein Meilenstein zur Neuorientierung des Gesundheitswesens und als eine der zentralen gesundheitspolitischen Reformoptionen. In der ersten Hälfte der 1990-er Jahre griffen nahezu alle Krankenkassen den Impuls des § 20 SGB V auf, entwickelten organisatorische und personelle Strukturen und praktizierten in der Folgezeit ein breites Spektrum gesundheitsfördernder Aktivitäten. Die Angebotspalette reichte von Aufklärungsaktionen, verhaltensbezogenen

Maßnahmen in Form von Gesundheitskursen und individuellen Beratungen bis hin zu Settingprojekten der schulischen und betrieblichen Gesundheitsförderung. Innerhalb weniger Jahre entwickelten sich die Krankenkassen zum „Rückgrat der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland“ (Berliner Forschungsverbund Public Health 1996).

Allerdings gerieten in dieser „Pionierphase“ von Prävention und Gesundheitsförderung die Aktivitäten als Folge der wettbewerblichen Weichenstellungen der GKV durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 zunehmend in ein Spannungsfeld zwischen Wettbewerbs- und Gesundheitszielen. Eine 1994 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführte Untersuchung deckte zahlreiche Defizite und Fehlsteuerungen auf (Kirschner u. a., 1995). Diese betrafen u. a.:

- die Ziel-, Zielgruppen- und Bedarfsbestimmung
- die vorwiegend nachfragedeterminierte, maßnahmenorientierte Angebotspolitik,
- die Wettbewerbsorientierung zahlreicher Aktivitäten
- die gering ausgeprägte Kooperation der unterschiedlichen Akteure
- die unzureichende Evaluation der Maßnahmen.

Die Ursachen hierfür wurden jedoch nicht prioritär im Verursachungs- und Verantwortungsbereich einzelner Krankenkassen gesehen, sondern in strukturellen, wissenschaftlichen und politischen Defiziten. Diese seien über eine problemorientierte und konsequente Weiterentwicklung der Präventionspolitik und Präventionspraxis zu beheben.

1.2 Die „Kahlschlagpolitik“ von Gesundheitsminister Seehofer 1996

Der damalige Gesundheitsminister Seehofer nahm 1996 primär aus haushaltspolitischen Überlegungen einzelne Wettbewerbsauswüchse („Bauchtanzdebatte“) zum Anlass, im Beitragsentlastungsgesetz von 1996 Prävention und Gesundheitsförderung aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen zu streichen und auf medizinische Maßnahmen der Prävention (Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, zahnmedizinische Prophylaxe sowie Schutzimpfungen)

sowie der Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen zu begrenzen.

Die von Appellen und Protesten aus Wissenschaft und Praxis begleitete restriktive gesundheitspolitische Weichenstellung beendete schlagartig die innovationsfreudige Aufbruchstimmung und mündete in einer Phase der Ernüchterung und Restrukturierung. Die Krankenkassen mussten einerseits ihre Gesundheitsförderungsstrukturen wieder abbauen, schufen andererseits mit Initiativen und Kooperationsprojekten auf nationaler und internationaler Ebene vor allem in der betrieblichen Gesundheitsförderung Ankerpunkte für deren Weiterentwicklung (Meierjürgen 2002).

1.3 Die Neubelebung des § 20 SGB V im Jahr 2000

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz im Jahr 2000 erweiterte die rot-grüne Bundesregierung mit einer Neuformulierung des § 20 SGB V erneut die Handlungsspielräume der Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung.

Seither sollen Krankenkassen Leistungen der primären Prävention vorsehen, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Krankenkassen können zudem den Arbeitsschutz ergänzende Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen und den Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen nachgehen. Sie sollen dabei mit den Trägern der Unfallversicherung zusammenarbeiten. Um die Kritik gegenüber wettbewerblichen Auswüchsen und Defiziten in der Zielorientierung und Qualitätssicherung der Präventionspraxis zu Beginn der 1990-er Jahre aufzugreifen, schuf der Gesetzgeber neue Regelungsmechanismen. Zum einen wurden die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen, insbesondere hinsichtlich der Bedarfe, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik, zu beschließen. Zum anderen wurden die Ausgaben der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung pro Versicherten auf einen jährlich anzupassenden Richtwert (2014: 3,09 Euro) begrenzt. Darüber hi-

naus wurde ein Leitfaden Prävention verabschiedet, der für die Präventionsleistungen der Krankenkassen verbindliche Handlungsfelder und Kriterien vorgibt (GKV-Spitzenverband, 2010).

Die Regelungen des § 20 SGB V sind in ihren wesentlichen Eckpunkten bis heute gültig. Hinzugekommen ist im Jahr 2004 (GKV-Modernisierungsgesetz) die Möglichkeit für Krankenkassen, Versicherten, die sich gesundheitsbewusst verhalten und regelmäßig Früherkennungsuntersuchungen oder primärpräventive Leistungen in Anspruch nehmen, einen Bonus zu gewähren. Darüber hinaus ist im Jahr 2007 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) die betriebliche Gesundheitsförderung von einer freiwilligen Aufgabe zu einer Pflichtleistung der GKV aufgewertet worden.

Seit der Wiedereinführung der Prävention im GKV-Leistungskatalog im Jahr 2000 haben die Krankenkassen ihre Präventionsleistungen quantitativ und qualitativ weiterentwickelt. Im Jahr 2012 nahmen über 1,3 Mio. Versicherte Gesundheitskurse der Krankenkassen in Anspruch. Die Krankenkassen beteiligten sich darüber hinaus in über 8000 Betrieben sowie in über 30 Tausend nicht-betrieblichen Settings (insb. Kitas, Schulen) an Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Damit verbunden waren Ausgaben in Höhe von 238 Mio. €. Davon entfielen auf Leistungen der individuellen Prävention 164 Mio. € und der setting-bezogenen Prävention 74 Mio. €. Dabei weisen die setting-bezogenen Ausgaben in jüngerer Zeit erhebliche Steigerungsraten auf (2012: 20 %) (MDS, 2013). Die gesetzliche Krankenversicherung ist damit der größte Förderer der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung in Deutschland und kommt für etwa die Hälfte der Gesamtausgaben in diesem Bereich auf (GKV Spitzenverband, 2013).

2. „Alle (guten) Dinge sind drei?“ – Gescheiterte Anläufe für ein Präventionsgesetz

Seit Beginn der 2000-er Jahre unterstützten zahlreiche Initiativen, Gutachten insbesondere des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sowie die Ergebnisse einer Vielzahl

ermutigender Präventionsprojekte und –programme das Vorhaben, Prävention und Gesundheitsförderung weiter auszubauen. So wurde bereits 2001 im Rahmen des sog. „Runden Tisches“, einer Initiative der damaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, eine Arbeitsgruppe Prävention etabliert und darauf aufbauend im Jahr 2002 ein „Deutsches Forum für Prävention und Gesundheitsförderung“ geschaffen. Als Diskussions-Plattform sollte das Forum u. a. Vorschläge für eine stärkere Zielorientierung, einer neuen tragfähigen, auf Dauer angelegten Organisationsstruktur sowie Konzepte für eine stärkere Vernetzung der Aktivitäten auf der Ebene von Bund, Ländern und Gemeinden erarbeiten.

Die Diskussionen in Wissenschaft, Politik und Praxis veranlassten im Herbst 2002 die Bundesregierung, im Koalitionsvertrag die Realisierung eines Präventionsgesetzes zu vereinbaren. Es war damals kaum absehbar, dass in den kommenden 10 Jahren drei Versuche verschiedener Regierungskoalitionen scheitern sollten und sich der Plan eines

Im Jahr 2002 war kaum absehbar, dass drei Anläufe verschiedener Regierungskonstellationen scheitern sollten, ein eigenständiges Präventionsgesetz zu verabschieden.

eigenständigen Präventionsgesetzes zu einem Musterbeispiel gesundheitspolitischen Reformversagens entwickeln würde (Prümel-Phillippssen u. Robertz-Grossmann, 2005, Rosenbrock 2006, Geene 2012, Kuhn 2013).

2.1 Der erste Anlauf: „Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“, 2005

Mit dem Entwurf für ein „Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“ wollte die damalige rot-grüne Regierungskoalition im Jahr 2005 die nicht medizinische Prävention und Gesundheitsförderung neben der Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege zu einer „4. Säule“ der gesundheitlichen Versorgung ausbauen.

Das ambitionierte Vorhaben ein modernes Präventionsgesetz zu schaffen,

zielte darauf ab, die finanziellen Ressourcen über die Beteiligung der Sozialversicherungsträger zu erhöhen, die Primärprävention stärker an Gesundheitszielen auszurichten sowie die Kooperation zwischen den Präventionsträgern und Handlungsebenen zu stärken. Darüber hinaus sollte die Qualitätssicherung und Evaluation weiter entwickelt werden. Das Gesetzesvorhaben wies drei Handlungsebenen zentrale Aufgaben zu:

- Die Bundesebene sollte mit einer gemeinsamen Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung der Sozialversicherungsträger (Kranken-, Renten-, Pflege- und Unfallversicherung) übergreifende Aufgaben übernehmen, insbesondere in den Bereichen der Entwicklung von Gesundheitszielen, der Qualitätsentwicklung sowie der Durchführung von Modellprojekten und Gesundheitskampagnen.
- Auf der Ebene der Bundesländer sollten gemeinsame Entscheidungsgremien von Ländern und Sozialversicherungen geschaffen werden, die insbesondere über lebensweltbezogene Projekte und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung beschließen sollten.
- Die Ebene der Sozialversicherungsträger sollte weitgehend eigenverantwortlich Maßnahmen der Verhaltensprävention sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen.

Dreh- und Angelpunkt der Diskussionen bildete die Auseinandersetzung um die Finanzierung des Gesetzes, die primär aus Beitragsmitteln der Sozialversicherungsträger erfolgen sollte. Die Sozialversicherungsträger wurden als „soziale Präventionsträger“ verpflichtet, insgesamt 250 Mio. Euro zu finanzieren. Davon sollten 40 % auf eigene Präventionsaktivitäten, 40 % auf lebensweltbezogene Aktivitäten in den Ländern sowie 20 % auf die zu errichtende bundesweite Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung entfallen. De facto schuf der Gesetzesentwurf den Bundesländern in ordnungspolitisch bedenklicher Weise die Möglichkeit, den stark unterfinanzierten öffentlichen Gesundheitsdienst mit Beitragsmitteln zu entlasten.

Aber: Bundestag und Bundesrat konnten sich über das Gesetz nicht verständigen. Der Bundesrat beschloss im Mai 2005 den Vermittlungsausschuss „mit dem Ziel der grundlegenden Überarbei-

tung des Gesetzes“ anzurufen. Dies geschah aufgrund vorgezogener Neuwahlen nicht mehr, so dass das Gesetz Opfer des Prinzips der Diskontinuität wurde.

2.2 Der zweite Anlauf: „Eckpunkte und Referentenentwurf – Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention“, 2007

Während der erste Anlauf für ein Präventionsgesetz quasi auf der Zielgeraden scheiterte, kam das Ende für den zweiten Versuch schon weitaus früher. Im Oktober 2007 legte das Bundesministerium für Gesundheit ein Eckpunktepapier und später im Alleingang einen Referentenentwurf für ein Präventionsgesetz vor. Der Entwurf des Ministeriums orientierte sich dabei in wesentlichen Teilen an dem zuvor gescheiterten Gesetzesvorhaben.

Die nunmehr schwarz-rote Regierungskoalition konnte sich – wie in dem Eckpunktepapier zum Gesetz zunächst vorgesehen – nicht auf die Errichtung einer Stiftung einigen. Anstelle einer Stiftung wurde sodann ein Nationaler Präventionsrat als Koordinationsgremium im Referentenentwurf vorgeschlagen. Der Rat sollte u. a. nationale Präventionsziele und Qualitätskriterien erarbeiten sowie bundesweite Präventionskampagnen durchführen. Zudem war auf der Landesebene mit den Landesverbänden der Krankenkassen die Schaffung von Landes-Präventionsräten geplant, die über die Finanzierung lebensweltbezogener Maßnahmen der Prävention entscheiden sollten. Die Resortabstimmungen offenbarten erhebliche Vorbehalte anderer Ministerien gegenüber dem Entwurf, so unter anderem eine mögliche Verletzung des Grundgesetzverbots der Mischverwaltung. Da selbst innerhalb der Regierungskoalition keine Einigung erzielt werden konnte, gab das Ministerium schließlich im Mai 2008 das Vorhaben auf.

2.3 Der dritte Anlauf: „Gesetz zur Förderung der Prävention“, 2013

In der folgenden Legislaturperiode plante auch die schwarz-gelbe Regierungskoalition die Prävention zu stärken. Ein

Präventionsgesetz wurde zunächst allerdings als nicht notwendig angesehen. Im Herbst 2010 wurden erste Überlegungen für eine Präventionsstrategie aus dem Bundesgesundheitsministerium bekannt. Danach sollte die Ärzteschaft eine Schlüsselposition in der Prävention einnehmen („Prävention auf Rezept“) sowie die betriebliche Gesundheitsförderung ausgebaut werden. Vielbeachtete Eckpunkte der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion im Bundestag für eine nationale Präventionsstrategie forderten eine Festlegung von Präventionszielen, die Gründung eines Nationalen Rats für Prävention und Gesundheitsförderung, eine Erhöhung der Finanzmittel durch die GKV, einen Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie eine Stärkung der Präventionsmaßnahmen bei Menschen mit Migrationshintergrund oder niedrigem Bildungsstand.

Im deutschen korporatistisch organisierten Gesundheitswesen ist es offensichtlich schwierig, einen konsistenten Rechtsrahmen für Prävention zu entwickeln.

Die Diskussionen in der Regierungskoalition mündeten schließlich im Frühjahr 2013 erneut in dem Entwurf eines Präventionsgesetzes. Das Gesetzesvorhaben sah sowohl einen Ausbau von Früherkennungsuntersuchungen als auch der nicht-medizinischen Prävention vor.

Obleich im Gesetzesentwurf Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe bezeichnet wird, beschränkten sich die Regelungen nahezu ausschließlich auf die gesetzliche Krankenversicherung. Zentrale Eckpunkte des dritten Gesetzesanlaufs waren u. a.

- die Ausrichtung der Leistungen der Primärprävention insbesondere an Gesundheitszielen, die im Kooperationsverbund gesundheitsziele.de erarbeitet wurden.
- die Errichtung einer „Ständigen Präventionskonferenz“ beim Bundesministerium für Gesundheit mit der Aufgabe über die Entwicklung von Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen und deren Umsetzung zu berichten
- die Erhöhung der Präventionsausgaben auf einen Richtwert von sechs

Euro je Versicherten ab 2014. Davon sollten mindestens zwei Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung und mindestens ein Euro für nicht-betriebliche Settings ausgegeben werden.

- die Beauftragung und Finanzierung der BZgA über eine Pauschalabgeltung in Höhe von 50 Cent je Versichertem für kassenartenübergreifende Aufgaben der lebensweltbezogenen Prävention.
- die Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes im Präventionsleitfaden einheitliche Verfahren der Qualitätssicherung, Zertifizierung und Evaluation der Präventionsangebote festzulegen und eine Übersicht der Angebote bereit zu stellen.

Die verschiedenen Gesetzesvorhaben unterscheiden sich damit erheblich in ihrer konzeptionellen Reichweite. Während die ersten beiden Gesetzesvorhaben die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung einbinden sowie Steuerungs- und Entscheidungsstrukturen auf der Bundes- und Landesebene etablieren wollen, beschränken sich die Regelungen im dritten Gesetzesanlauf allein auf die GKV und die Bundesebene. Die Mehrheit der Bundesländer sah daher das Gesetz „im Hinblick auf das Ziel, Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgaben wirkungsvoll zu organisieren für völlig unzureichend“ an und hat es an den Vermittlungsausschuss mit dem Ziel einer grundlegenden Überarbeitung verwiesen (Bundesrat 636/1/13). Diese kam aufgrund der Bundestagswahlen nicht zustande, so dass das Gesetzesvorhaben wiederum dem Diskontinuitätsprinzip zum Opfer fiel.

3. Perspektiven der Weiterentwicklung

Der Blick auf die Entwicklung der Präventionspolitik ist ernüchternd. Im deutschen korporatistisch organisierten Gesundheitswesen ist es offensichtlich schwierig, einen konsistenten Rechtsrahmen als stringente ordnungspolitische Klammer für die verschiedenen Handlungsträger und -ebenen der Prävention zu entwickeln. Trotz der Anläufe von verschiedenen Regierungskoalitionen, Prävention zu stärken oder gar zur „4.Säule“ im Gesundheitswesen auszu-

bauen, ist weder ein „kleiner“ geschweige der erhoffte „große Wurf einer Reform“ – auch als Folge der grundgesetzlich eingeschränkten Gesetzgebungskompetenz des Bundes – zustande gekommen. Die verschiedenen Gesetzesvorhaben gerieten in „Politikverflechtungsfallen“ (Hajen 1994). Neben der z. T. massiven Kritik aus den Reihen der Sozialversicherungen scheiterten die Gesetze nicht zuletzt aufgrund von Handlungsblockaden und Widerständen im politischen System.

Um aus dem bisherigen präventionspolitischen Stillstand heraus zu kommen, bedarf es gesetzlicher Regelungen, die Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begreifen, Bund und Ländern sowie den Sozial- und Privatversicherungen klare Aufgaben und Zuständigkeiten einschließlich korrespondierender Finanzierungspflichten zuweisen. Die Diskussionen um die bisherigen Reformvorhaben verdeutlichen, dass ein neuer Anlauf für ein Präventionsgesetz Lösungen insbesondere für folgende Problemkreise finden muss:

- Zielbildung und -orientierung
- Ausbau der Prävention in betrieblichen und nicht-betrieblichen Lebenswelten
- Steuerungs- und Entscheidungsstrukturen
- Angemessene Ressourcenausstattung und aufgabengerechte Finanzierung
- Qualitätssicherung und -entwicklung.

Der Blick auf die gescheiterten Gesetze zeigt die zu erwartenden Stolpersteine, liefert aber auch zugleich Ansatzpunkte und Blaupausen für die geplanten Neuregelungen in dieser Legislaturperiode.

3.1 Zielbildung und -orientierung

In der Bundesrepublik liegen bislang keine abgestimmten, gemeinsamen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele für die Akteure auf der Bundes-, Länder- und kommunalen Ebene vor. Auf der Bundesebene erarbeitet die Nationale Plattform gesundheitsziele.de, in der über 100 Institutionen und Organisationen sowie Bundes- und Landesministerien mitwirken, auf freiwilliger Basis nationale Gesundheitsziele. In einzelnen Bundesländern sind darüber hinaus länderspezifische Gesundheitsziele formuliert worden. Die gesetzlichen Krankenkassen haben sich zudem auf gemeinsame Ziele

in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung verständigt.

Die nicht aufeinander abgestimmten Ziele erschweren eine wirksame Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung. Bei nahezu allen Akteuren besteht daher Konsens, dass eine Stärkung der Ziel(-gruppen)orientierung ein Schlüssel für eine erfolgreiche Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung ist. Versuche, wie im Gesetzesentwurf von 2013 vorgesehen, die von gesundheitsziele.de entwickelten nationalen Gesundheitsziele als Präventionsziele „überzustülpen“, sind allerdings wenig geeignet, passgenaue Präventionsstrategien zu entwickeln. Gesundheitsziele nehmen das gesamte gesundheitliche Versorgungsspektrum in den Blick, während sich Präventionsziele auf die Felder von Prävention und Gesundheitsförderung konzentrieren. Es spricht zudem einiges dafür, Präventionsziele nahe der Bedarfs- und Interventionsebene auf der Länderebene zu konkretisieren (Kuhn 2004, 60).

Da bei den Beteiligten Einigkeit besteht, die Zielorientierung zu stärken und zugleich an zahlreiche qualifizierte Vorarbeiten auf der Bundes- und Landesebene oder bei den Krankenkassen angeknüpft werden kann, bestehen gute Voraussetzungen für die Entwicklung gemeinsamer Präventions- und Gesundheitsförderungsziele. Die Ziele sollten demokratisch legitimiert und unter Berücksichtigung föderaler Kompetenzen im Konsens mit verantwortlichen Akteuren entwickelt werden.

3.2 Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung und der lebensweltbezogenen Prävention

Die alltäglichen Arbeits-, Lern- und Lebensbedingungen haben einen erheblichen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung des Einzelnen und prägen gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen. Vor allem Personen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen lassen sich über die üblicherweise genutzten Zugangswege für individuelle Angebote („Komm-Strukturen“) nur schwerer erreichen als über lebensweltbezogene Maßnahmen. Die Stärkung der betrieblichen Gesund-

heitsförderung und lebensweltbezogenen Prävention wird daher in allen Reformvorhaben als Schlüsselstrategie angesehen, sozial bedingte Ungleichheiten der Gesundheitschancen abzubauen.

In den vergangenen 25 Jahren konnten die gesetzlichen Krankenkassen maßgeblich zur Entwicklung und Verbreitung moderner partizipativ ausgerichteter Konzepte der betrieblichen Gesundheitsförderung beitragen sowie zahlreiche Impulse zur settingbezogenen Gesundheitsförderung in Kitas, Schulen, Alteinrichtungen oder Stadtteilen geben. Obgleich in den vergangenen Jahren die Aktivitäten der

Die Stärkung der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung dürfte nur mit Rahmenbedingungen gelingen, die Kooperation und gemeinsame finanzielle Verantwortung der Akteure fördern und ausbauen.

Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie in nichtbetrieblichen Settings stark ausgebaut wurden, überwiegen nach wie vor verhaltenspräventive Maßnahmen, die in erster Linie von Mittelschichtsangehörigen und Frauen in Anspruch genommen werden (MDS 2013, Jordan, von der Lippe 2013).

Lebensweltbezogene Prävention ist eine gesellschaftliche Querschnittsaufgabe. Wesentliche Stellschrauben sind außerhalb des gesundheitlichen Versorgungssystems zu suchen, z. B. in der Bildungs-, Stadtentwicklungs- oder Verkehrspolitik. Ihre Stärkung kann daher nicht allein von Krankenkassen bewerkstelligt werden. Eine erfolgreiche Präventionsstrategie nach dem Settingansatz ist auf die Kooperation und die gemeinschaftliche Bereitstellung von Ressourcen der für die jeweiligen Settings Verantwortung tragenden Akteure angewiesen (GKV-Spitzenverband, 2010).

Die angemahnte Stärkung der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung dürfte nur gelingen, wenn Rahmenbedingungen geschaffen werden, die die Kooperation und die gemeinsame finanzielle Verantwortung der Akteure fördern und ausbauen.

3.3 Steuerungs- und Entscheidungsstrukturen

Eine wirksame Ausgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung in einem föderalen System mit einer Vielzahl von Akteuren und Maßnahmen sowie Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten kann nur gelingen, wenn die Beteiligten „an einem Strang ziehen“.

In der Vergangenheit wurde vielfach die unzureichende Kooperation und Koordination in der Prävention und Gesundheitsförderung bei den Krankenkassen kritisiert. Vor allem zu Beginn der 1990-er Jahre unterblieben häufig aus Wettbewerbsgründen Kooperationen zwischen den Krankenkassen (Kirschner et. al., 1994, Meierjürgen 1994). Seit der Neubelebung von Prävention und Gesundheitsförderung im Jahr 2000 sind allerdings zahlreiche träger- und ebenenübergreifende Initiativen und Programme entstanden, wie z. B. der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, die Initiative Gesundheit und Arbeit oder Landesprogramme zur Gesundheitsförderung in Kitas und Schulen. Darüber hinaus existieren in den Bundesländern Strukturen zur Kooperation und Vernetzung von Prävention und Gesundheitsförderung (z. B. Landesvereinigungen für Gesundheit, Landesgesundheitskonferenzen). Der Ausbau von Kooperation in einem neuen Präventionsgesetz braucht daher nicht bei „Null“ anzufangen, sondern kann auf bewährte Kooperationsprogramme und -strukturen aufbauen.

In den gescheiterten Gesetzesvorhaben finden sich unterschiedliche Ansätze zur Stärkung von Kooperation und Koordination sowie zum Aufbau von Steuerungs- und Entscheidungsstrukturen. Die Frage, ob dazu neue Institutionen (Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung, nationale oder Landespräventionsräte) zu schaffen sind, entwickelte sich bei allen Entwürfen zu einem Kernthema im Ringen um die Verabschiedung der Gesetze.

Die Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe erfordert klare Zuständigkeiten sowie damit verbundener Finanzierungsregelungen für zumindest vier Handlungsträger und -ebenen:

- die Bundesebene
- die Landes- und kommunale Ebene

- die Ebene der Sozialversicherungsträger, sowie
- die Ebene der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen.

Damit verbunden ist die Frage, wie die Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern bzw. öffentlichen Gesundheitsdienst sowie Sozialversicherungsträgern und privater Kranken- und Pflegeversicherung auf der Länder- und kommunalen Ebene gestaltet werden soll.

Nach der Koalitionsvereinbarung plant die neue Bundesregierung über verpflichtende Rahmenvereinbarungen analog der Regelungen zur Zahngesundheit und zu Schutzimpfungen die Kooperation und Koordination der Akteure zu verbessern. Einer einfachen Übertragung sind jedoch Grenzen gesetzt, Aufgrund der zahlreichen Akteure auf der Bundes-, Landes- und kommunalen Ebene sowie der facettenreichen Thematik von Prävention und Gesundheitsförderung sind die Aushandlungs- und Abstimmungserfordernisse weitaus komplexer als in den Bereichen der Zahngesundheit und der Schutzimpfungen. Die Regelungen dürfen zudem den Ländern und Kommunen keinen verfassungsmäßig unzulässigen Einfluss auf die Verwendung von Sozialversicherungsbeiträgen eröffnen. Die Gebietskörperschaften können daher allenfalls eine moderierende Rolle einnehmen.

3.4 Angemessene Ressourcenausstattung und aufgabengerechte Finanzierung

In den beiden vergangenen Dekaden beschäftigte sich die präventionspolitische Debatte häufig weniger mit Fragen einer wirksamen Ausgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung, sondern in erster Linie ging es um die Aufbringung und Verteilung der erforderlichen Finanzmittel. Gleichwohl besteht bei allen Beteiligten Konsens, dass eine Stärkung von Prävention ausreichende und verlässliche finanzielle Rahmenbedingungen erfordert.

Für alle Gesetzesvorhaben waren Versuche kennzeichnend, finanzielle Lasten einseitig auf die Sozialversicherung insbesondere die GKV zu verschieben. Diese reichen von dem Vorhaben, eine Stiftung Prävention und

Gesundheitsförderung aus Beitragsmitteln zu finanzieren bis hin zu dem gesetzestechnisch trickreichen Versuch, Mittel der GKV auf die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – einer nachgeordneten Bundesbehörde – zur Durchführung von Maßnahmen der lebensweltbezogenen Prävention zu übertragen. Auch die haushaltspolitischen Verschiebepolitik sind – wie die Diskussionen um die gescheiterten Präventionsgesetze zeigen – verfassungsrechtlich bedenklich („Mischverwaltung“).

Als gesamtgesellschaftliche Aufgabe sind Prävention und Gesundheitsförderung gleichermaßen von Bund, Ländern und Gemeinden, Sozialversicherungsträgern sowie den privaten Kranken- und Pflegeversicherungen zu finanzieren. Einer verbindlichen Einbindung der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen in die Präventionsgesetze stehen bislang rechtliche Gründe entgegen. Aber auch selbst eine Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit scheiterte in der Vergangenheit, obgleich die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheitsstatus vielfach belegt sind, an den Widerständen des zuständigen Fachministeriums.

Wenn sich Bund, Länder und Gemeinden weiter aus ihrer Präventionsverantwortung zurückziehen oder ihre Ausgaben auf das gegenwärtige Niveau einfrieren, wird eine Erhöhung der Präventionsausgaben der Sozialversicherungsträger zu einer „Mogelpackung“. Sofern Prävention nachhaltig als Gemeinschaftsaufgabe gestärkt werden soll und dies ist politischer Wille, muss die Anhebung der Ausgaben der Sozialversicherungen „Hand in Hand“ mit entsprechenden Erhöhungen bei den Gebietskörperschaften gehen. Viele Kommunen und Gemeinden können je-

Ein Präventionsgesetz wird kein "Heilsbringer" für einen Paradigmenwechsel zur Prävention sein.

doch derzeit wegen ihrer Haushaltslage nur noch ihre Pflichtaufgaben erfüllen. Prävention und Gesundheitsförderung sind nach wie vor freiwillige kommunale Aufgaben. Ein neues Präventionsgesetz

dürfte daher kaum ein verstärktes kommunales Engagement in Prävention und Gesundheitsförderung auslösen.

3.5 Qualitätssicherung und -entwicklung

Grundsätzlich sollten Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung nur dann aus Steuern und Beitragsmitteln finanziert werden, wenn sie erfolgversprechend und qualitätsgesichert sind. Während in der Aufbauphase von Prävention und Gesundheitsförderung Verfahren der Qualitätssicherung und -entwicklung lediglich ansatzweise vorlagen, finden heute eine Fülle an Instrumenten, Konzepten und Verfahren in der Praxis Anwendung (Kolip & Müller, 2009).

Zentrale Eckpfeiler dafür bilden im GKV-Bereich der für alle Krankenkassen verbindliche Leitfadens Prävention zur Umsetzung von Primärprävention und betrieblicher Gesundheitsförderung sowie eine flächendeckende Darstellung der Präventionstätigkeiten in einer jährlichen Leistungsdokumentation (GKV-Spitzenverband, 2010, Stuppardt & Wanek, 2009). Darüber hinaus stehen zur Messung der Wirksamkeit von Maßnahmen der Primärprävention und der lebensweltbezogenen Prävention allen Kassen Evaluationsinstrumente zur Verfügung. Eine jüngst eingerichtete kassenartenübergreifende bundesweite Prüfstelle von Präventionskursen trägt zudem zur Qualität und Transparenz der Angebote bei. Dagegen liegt auf der Ebene der Bundesländer und Kommunen nach wie vor keine Transparenz über die jeweiligen Präventionsleistungen und Ausgaben vor.

Ziel einer Neuregelung sollte es daher sein, trägerübergreifende Regelungen für die Qualitätssicherung und -entwicklung sowie zur Evaluation von Maßnahmen zu vereinbaren. Eine primäre Aufgabe dürfte darin bestehen, die zahlreichen Instrumente und Konzepte zu bündeln und zu vereinheitlichen und in einen Gesamtrahmen zu stellen. Die GKV-Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Evaluation können dafür eine praxisbezogene Hilfestellung sein. Wie in anderen Feldern der gesundheitlichen Versorgung könnten die damit verbundenen Aufgaben einem trägerübergreifenden nationalen Kompetenzzentrum für Qualitätssicherung übertragen werden.

4. Fazit: „Präventionsgesetz – Alles gut?“

Nach drei gescheiterten Anläufen steht auch in dieser Legislaturperiode die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung wieder ganz oben auf der politischen Agenda. Die Vorzeichen für eine erfolgreiche Präventionsgesetzgebung in dieser Legislaturperiode stehen gut. Die Grundarchitektur einer Präventionsstrategie als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und die dafür erforderlichen Stellschrauben sind bekannt. Darüber hinaus besteht zwischen Bund und Ländern nicht nur ein grundsätzlicher Konsens über die Zielrichtung des Gesetzes, sondern auch die dafür erforderlichen parlamentarischen Mehrheiten sind gegeben.

Viele Ansatzpunkte für eine nachhaltige Präventionsstrategie sind außerhalb des gesundheitlichen Versorgungssystems zu suchen, z. B. in der Bildungspolitik, der Stadtentwicklungs- und Verkehrspolitik oder der gesundheitsbezogenen Verbraucherpolitik. Damit

das Präventionsgesetz zu keiner „Sisyphosgeschichte“ (Kuhn 2013) wird, sind die Erwartungen an das Gesetz nicht zu hoch zu schrauben. Ein Präventionsgesetz wird kein „Heilsbringer“ für einen Paradigmenwechsel zur Prävention sein, gleichwohl kann es Grundlagen für einen Ordnungsrahmen, für Ziele, Aufgaben und Zuständigkeiten sowie Finanzierungsregelungen schaffen. Ein weiterer Versuch, Prävention als alleinige Aufgabe der Sozialversicherung bzw. der gesetzlichen Krankenversicherung gesetzlich zu regeln ohne die Aktivitäten und Ressourcen des Bundes und der Länder entsprechend auszubauen, dürfte allerdings kaum dazu beitragen, Prävention als gesellschaftliche Querschnittsaufgabe nachhaltig zu stärken oder Impulse für eine neue Präventionskultur zu geben. ■

Literatur

Berliner Forschungsverbund Public Health. Initiativkreis § 20 SGB V (1996): Offener Brief an den Bundesminister für Gesundheit, Herrn Seehofer. Geplante Streichung der Prävention und Gesundheitsförderung durch Krankenkassen (§ 20 SGB V)

Geene, R. (2012) 10 Jahre (kein) Präventionsgesetz – Zeit für einen neuen Anlauf zu einem Gesundheitsförderungsgesetz, in: Prävention, 37. Jg., S. 87-91.

GKV-Spitzenverband (2010), Leitfadens Prävention, Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von § 20 und § 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010, Berlin.

Hajen, L. (2004), Präventionsgesetz im Interessenkonflikt zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung, Arbeitspapier für Staatswissenschaft, Working Papers on Economic Governance, Nr. 13, Hamburger Universität für Wirtschaft und Politik.

Jordan, S. und von der Lippe, E. (2013), Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz Bd. 56, Heft 5/6, S. 878-884.

Kirschner, W., Radoschewski, M. u. Kirschner, R. (1996), § 20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch Krankenkassen. St. Augustin: Asgard.

Koalitionsvertrag (2013), Deutschlands Zukunft gestalten, Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD, www.Bundestag.de/dokumente/Koalitionsvertrag.

Kolip, P. und Müller, V. E. (Hg) (2009), Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, Bern:Verlag Hans Huber.

Kuhn, J. (2004), Das Präventionsgesetz – ein Kommentar zur Möglichkeit kreißender Berge, in: Prävention, 27. Jg., S. 59-61.

Kuhn, J. (2013), Prävention in Deutschland – eine Sisyphosgeschichte, in: G+G Wissenschaft, 13. Jg., S. 22-30.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (2013), Präventionsbericht 2013, Essen.

Meierjürgen, Rüdiger (1994), Gesundheitsförderung und Krankenkassenwettbewerb, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 9-10, S. 39-45.

Meierjürgen, Rüdiger (2002), Von der betrieblichen Gesundheitsförderung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement – Entwicklungsschritte der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Krankenkassen, in: Arbeit und Sozialpolitik, S. 26-32.

Prümel-Phillippssen, U. und Robertz-Grossmann, B. (2005), Das Präventionsgesetz - Hintergründe, Stand, Stellungnahmen, in: Prävention, Heft 2, 28. Jg., S. 35-40.

Rosenbrock, R. (2009), Das „Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“. Ein Regelungsversuch, in: Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 1, S. 6-11.

Stuppardt, R. und Wanek, V. (2009), Qualitätssicherung der primärpräventiven Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung nach § 20 SGB V, in: Kolip, P. und Müller, V. E. (Hg.) (2009), S. 177-200.