

Müller, Carsten: Sozialpädagogik als Erziehung zur Demokratie. Die Postmoderne als Wiederbelebung einer vergessenen sozialpädagogischen Theorie, Internetcenter für Sozialarbeitswissenschaften 2002, www.sozialarbeitswissenschaften.de (Abruf Juli 2005)

Natorp, Paul: Pädagogik und Philosophie. Paderborn 1964

Niemeyer, Christian: Sozialpädagogik – ein Weckruf. In: *neue praxis* 4/2002, S. 321-344

Pfeiffer, Christian u.a.: Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen. KfN Forschungsberichte Nr. 80. Hannover 1999

Rombach, Heinrich: Strukturanthropologie. Der menschliche Mensch. Freiburg im Breisgau 1987

Schmidt, Hans-Ludwig: Menschen in krisenhaften Lebenssituationen. Überlegungen zu Aufgaben und Grenzen der Sozialpädagogik. In: Jendrowiak, Hans-W. (Hrsg.): *Humane Schule in Theorie und Praxis*. Frankfurt am Main 1998, S. 182-203

Schnurr, Stefan: Partizipation. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans (Hrsg.): *Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik*. Neuwied 2001, S. 1330-1345

Schwendtke, Arnold Alfred: Integration. In: ders. (Hrsg.): *Wörterbuch der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. Heidelberg/Wiesbaden 1995

Sutor, Bernhard: Beteiligungsgerechtigkeit und Sozialstaatsreform. In: *Stimmen der Zeit* 2/2005, S. 103-114

Winkler, Michael: Theorie der Sozialpädagogik – eine Rekonstruktion. In: *Zeitschrift für Sozialpädagogik* 1/2003, S. 6-24

Das Präventionsgesetz

Eine Zwischenbilanz

Joseph Kuhn

Zusammenfassung

Nach jahrelangen Diskussionen um die Notwendigkeit einer besseren Prävention ist im Mai 2005 vom Deutschen Bundestag das „Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“ beschlossen worden. Es sieht vor, dass qualitätsgesicherte Präventionsmaßnahmen nach einheitlichen Zielen durchgeführt werden sollen, mit einem Finanzvolumen von 250 Millionen Euro. Der ursprünglichen Zeitplanung zufolge sollte das Gesetz noch 2005 in Kraft treten, es ist aber im Zuge der damaligen bundespolitischen Auseinandersetzungen durch den Bundesrat vorläufig gestoppt worden. Der Koalitionsvereinbarung zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005 zufolge soll es jedoch verabschiedet werden.

Abstract

After many years of discussion about improvements to preventive health measures, the German Parliament passed the „Law to strengthen Preventive Health Measures“ in May 2005. It determines that quality-assured preventive measures are to be conducted according to consistent standards, the financial volume consisting of 250 million Euro. Originally this law was to become effective in 2005, but because of federal-level political disputes the Federal Council stopped it for the time being. According to the coalition agreement among CDU, CSU and SPD of 11th November 2005, however, the law shall be passed now.

Schlüsselwörter

Prävention - Gesundheitswesen - Gesetzentwurf - Gesundheitspolitik - Zielvorstellung - Qualität

Der Stand der Dinge

Die Bundesregierung und die Länder hatten sich Ende 2004 auf Eckpunkte für ein Präventionsgesetz verständigt. Der darauf beruhende Gesetzesbeschluss des Bundestages vom 6. Mai 2005 sah vor, dass die Sozialversicherungsträger, die Länder und die Kommunen gemeinsam für die Prävention verantwortlich sind, dass sie sich dabei an einheitlichen Präventionszielen und -programmen orientieren, dass die Maßnahmen einer Qualitätssicherung und Evaluation unterliegen und das Gesamtsystem anhand eines erfolgsbewertenden Monitorings qualitativ weiterentwickelt wird. Eine neu zu errichtende „Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung“ sollte die notwendigen Zielvorgaben machen und für bun-

desweite Aktivitäten zuständig sein. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sollte von einer nicht rechtsfähigen Bundesanstalt zur Bundesoberbehörde mit genauer definierten Zuständigkeiten in der Gesundheitsaufklärung mutieren. Es ist beabsichtigt, für Programme auf Länderebene gemeinsame Entscheidungsgremien einzurichten und die Sozialversicherungsträger in eigener Zuständigkeit Maßnahmen durchführen zu lassen – auch diese allerdings an die Rahmenvorgaben des Präventionsgesetzes gebunden (Zielorientierung, Qualitätssicherung, Evaluation). Ein besonderer Stellenwert wurde settingbezogenen Maßnahmen eingeräumt. Das vereinbarte Finanzvolumen von 250 Millionen Euro sollte bis 2008 erreicht sein, die Mittelaufteilung auf die genannten drei Entscheidungs- beziehungsweise Interventionsebenen (Sozialversicherungsträger, gemeinsame Entscheidungsgremien, Bundesstiftung) nach dem bereits aus den Eckpunktepapieren bekannten Schlüssel 40:40:20 erfolgen.

Die Meinungen zu diesem Gesetzesvorhaben waren – wie könnte es anders sein – geteilt. Der Bund und die Gesundheitsministerien der Länder waren zumindest zwischenzeitlich voller Hoffnung auf eine neue gesundheitspolitische Ära mit starken präventiven Elementen, die langfristig vielleicht sogar (das eigene?) Geld spart; die Sozialversicherungsträger versuchten zu bremsen, weil sie das Geld „ihrer“ Versicherten lieber selbst ausgeben, die Wohlfahrtsverbände hatten Bedenken, weil sie bei den Sozialversicherungen kompensatorische Kürzungen zum Beispiel in der Selbsthilfe befürchteten; die Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände war generell dagegen, weil sie sich um die Sozialversicherungsbeiträge sorgte, und die Ärzteschaft war zwar skeptisch, aber irgendwie dann doch dafür, wenn nur ihr Einfluss hinreichend gesichert würde – denn der Stellungsauftrag sollte in diesem Fall nicht an die Kassenärztliche Vereinigung gehen.

Die Argumente, die jeweils ins Feld geführt wurden, waren manchmal berechtigt, manchmal etwas fadenscheinig, und wie sich das Ganze entwickelt, ist vor dem Hintergrund der gegenwärtigen bundespolitischen Lage mit einigen Unsicherheiten behaftet. Nachdem das Kabinett den Gesetzesentwurf am 2. Februar 2005 verabschiedet hatte, kritisierte der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 18. März 2005 (Bundesrats-Drucksache 97/05) vor allem die Stiftungs konstruktion als zu bürokratisch und mahnte entsprechende Änderungen an, wenn auch in verhaltener Form. Die Bundesregierung lehnte in ihrer Gegenäußerung dazu diese Änderungswünsche erst einmal ab und ließ den Gesetzesentwurf am 6. Mai

2005 im Bundestag im Kern unverändert beschließen – im Vertrauen darauf, dass die Länder letztlich der von den Fachministerien verfolgten Linie des Eckpunktepapiers folgen.

Diese Überlegung war aber spätestens mit der Wahlniederlage der rotgrünen Koalition in Nordrhein-Westfalen und der Ankündigung von Neuwahlen einer Bundesregierung hinfällig: Der Bundesrat verwies das Gesetz in seiner Sitzung am 27. Mai 2005 zunächst einmal in den Vermittlungsausschuss. Da das Anliegen einer Stärkung der Prävention vom Grundsatz her aber auch von der Unionsfraktion und den unionsregierten Ländern mitgetragen wird, bestand durchaus Hoffnung, dass das Gesetz in veränderter Form nach der Bundestagswahl noch einmal auf die politische Agenda kommt. Das ist mit der Absichtserklärung in der Koalitionsvereinbarung, ein Präventionsgesetz zu verabschieden, inzwischen auch geschehen. Es ist zu erwarten, dass einige inhaltliche Veränderungen am Gesetzentwurf vorgenommen werden, aber bestimmte Kernelemente, etwa die Ausrichtung der Prävention an Präventionszielen, wird man beibehalten. Daher sollen im Folgenden einige Bemerkungen dazu formuliert werden, was man von dem Gesetz erwarten kann, wo es gegenüber dem vorliegenden Gesetzentwurf Verbesserungsbedarf gibt und wohin die Reise vielleicht führen wird.

Realpolitische Aufwertung der Prävention

Die Gesundheitspolitik ist reich an paradoxen Geschichten. Eine davon war, dass alle im Gesundheitswesen Agierenden ständig die Wichtigkeit der Prävention im Munde führten, aber daraus keine Konsequenzen zogen. Die Prävention war eine Spielwiese – mit interessanten Konzepten, schönen Modellprojekten, teuren Kongressen, netten Menschen und im Hinblick auf die Gesundheit der Menschen von beeindruckender Bedeutungslosigkeit. Was zu tun war, wusste jeder – die Prävention am Bedarf ausrichten, die Vielfalt der Akteure koordinieren, die Unverbindlichkeiten durch Verbindlichkeiten ersetzen, die ständigen models of good practice zur practice of good models verstetigen und last but not least dazu auch mehr Geld in die Hand nehmen – nur tat es eben keiner. Das Präventionsgesetz würde hier eine Wende markieren. Zum ersten Mal soll die Prävention, die so oft als dritte Säule im Gesundheitswesen tituliert wurde, aber doch nur ein dürres Ästchen darstellte, durch ein eigenständiges Gesetz rechtlich gefasst, institutionell geordnet, finanziell belebt und auf einen dynamischen Entwicklungspfad gebracht werden. Der Berg hat lange gekreißt, hoffen wir, dass mehr als eine Maus herauskommt.

Die Public Health-Forschung zeigt Wirkung

Das Gesetz spricht davon, dass die Maßnahmen einen Beitrag zur Verringerung „sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen“ leisten sollen. Das ist eine richtige Weichenstellung. Die soziale Lage ist einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Menschen, die sozialepidemiologischen Belege dafür sind erdrückend. Was das für die Umsetzung des Gesetzes im Konkreten bedeutet, wird man sehen. Das Präventionsgesetz kann nicht die Wirtschafts- und Sozialpolitik gesundheitsgerecht verändern, dieser Anspruch der Ottawa-Charta bleibt unerfüllt. Eher wird das Gesetz der gesellschaftlichen Produktion von Gesundheitsrisiken reparierend hinterherlaufen.

Aber es bleibt selbst in seinem Sozialversicherungskorsett in einem symbolträchtigen Punkt hinter den Erwartungen zurück: Dem Gesetzestext vom Mai 2005 zufolge ist die Bundesagentur für Arbeit nicht unter den Präventionsträgern. Als ob Arbeitslosigkeit nicht eine besonders drastische Form sozial bedingter Beeinträchtigung von Gesundheitschancen wäre – und umgekehrt, eine beeinträchtigte Gesundheit nicht die Chancen einer Arbeitsaufnahme empfindlich vermindern würde. Schade für die arbeitslosen und von Arbeitslosigkeit bedrohten Menschen sowie ihre immer mitbetroffenen Angehörigen. Vielleicht ist in dieser Angelegenheit das letzte Wort noch nicht gesprochen. Auch die private Krankenversicherung ist bisher nicht am Aufkommen des Finanzvolumens beteiligt, obwohl ihre Versicherten von settingbezogenen Projekten auch profitieren würden. Dass die Prävention geschlechterspezifische Wirkungen entfalten soll, ist zu begrüßen. Zu erinnern ist aber daran, dass damit beide Geschlechter gemeint sind, die Frauen wie die Männer. Man darf also gespannt sein, ob mit dem Präventionsgesetz der Unterschied in der Lebenserwartung der Geschlechter in den kommenden zehn Jahren erkennbar verringert wird.

Prävention als gesellschaftliche Aufgabe

Der Gesetzgeber nimmt die sozialen Präventionsträger in ihrer „gesamtgesellschaftlichen Verantwortung“ in die Pflicht. Aber wie weit kann diese Verantwortung reichen? Dass auch in Zukunft bei wirtschaftspolitischen Entscheidungen nicht die Krankenkassen zu Rate gezogen werden, kann als sicher gelten. Aber auch in originär präventiven Handlungsfeldern wie der Lebensmittel- und Arzneimittelsicherheit oder der Verkehrspolitik wird das Präventionsgesetz wohl wenig Spuren hinterlassen. Man kann sich auf den Standpunkt stellen, das alles

bei den zuständigen Ressorts in guten Händen oder sowieso nur noch über die Ebene der Europäischen Union beeinflussbar sei, man kann aber auch mit gutem Recht bemängeln, dass im Präventionsgesetz so gar keine Verbindung zu den genannten Handlungsfeldern hergestellt wurde. Prävention ist in der Tat eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, nicht eine, die sich optimal entlang der gerade real existierenden Ressortgrenzen der Ministerialverwaltung organisieren lässt.

Prävention mit gebändigtem Wettbewerb

Gebetsmühlenartig hat die Public-Health-Forschung in den vergangenen Jahren immer wieder betont, dass Verhaltensprävention und gesundheitliche Aufklärung nur begrenzten Nutzen haben und mehr settingbezogene Präventionsansätze notwendig seien. Zwar haben die Unfallversicherungsträger schon immer diesen Ansatz verfolgt, nur hieß das dort nicht so schick, sondern etwas altbacken „Arbeitsschutz“ – und auch die Krankenkassen waren im Rahmen ihrer Gesundheitsförderungsleistungen im Setting Betrieb aktiv geworden, teilweise auch im Setting Schule. Aber mehr war nicht. Und was war das ein Theater mit der Zusammenarbeit der Krankenkassen untereinander in der betrieblichen Gesundheitsförderung! In Settings leben eben nicht nur die Versicherten einer Krankenkasse. Der Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte ließ daher gemeinsame Aktivitäten fast nur in Modellprojekten zu. Die Kassenkonkurrenz war ein Strangulationsmechanismus für die settingbezogene Prävention. Mit dem Präventionsgesetz gibt es die Aussicht, dass Wohnen, Arbeiten, Lernen, die Freizeitgestaltung und das Spielen als Settings („Lebenswelten“) präventiv auf breiterer Grundlage erschlossen werden. Das war überfällig. Auch die anderen Handlungsfelder wie Verhaltensprävention und die gesundheitliche Aufklärung sollen dem Wettbewerb weit gehend entzogen werden: durch die Ausrichtung an gemeinsamen Zielen und Programmen, die Einrichtung gemeinsamer Entscheidungsgremien sowie die Mitwirkung der Präventionsstiftung an der Umsetzung von Maßnahmen.

Präventionsziele, Qualitätssicherung, Evaluation

Die Präventionsstiftung soll Präventionsziele empfehlen und sich dabei auf die Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts stützen. Zwar gehört die Präventionsstiftung zu den in der Vergangenheit zwischen Christlich Demokratischer Union und Sozialdemokratischer Partei umstrittenen Themen, sodass hier das Gesetz möglicherweise eine Modifikation erfahren wird, aber die Ausrichtung an

Präventionszielen wird man wohl beibehalten, so zumindest die Aussagen in der Koalitionsvereinbarung. Die darauf ausgerichteten Präventionsprogramme und Maßnahmen sollen einheitlichen Anforderungen der Qualitätssicherung unterliegen und müssen evaluiert werden. Das immerhin hat man in Zeiten knapper Kassen gelernt: dass man das für die Prävention zur Verfügung gestellte Geld vernünftig ausgeben muss und nicht mehr nach Gutdünken und Wohlmeinern verfahren kann.

Ein interessanter Punkt ist die – in Deutschland bisher unbekannte – Orientierung an Präventionszielen auf der Grundlage einer Gesundheitsberichterstattung. Das Robert Koch-Institut soll dazu eigene Erhebungen durchführen sowie die Daten der Länder, Kommunen und Sozialversicherungsträger nutzen. Dass es eine solche Regelung nicht schon für die Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen nach § 20 Sozialgesetzbuch V gegeben hat, kann im Nachhinein nur verwundern. Genauso verwundert allerdings, dass zwar die Gesundheitsberichterstattung auf Bundesebene zur Erarbeitung der Präventionsziele herangezogen wird, dieses Verfahren aber bei den Ländern und Kommunen keine Fortsetzung findet. Woran richten eigentlich die gemeinsamen Entscheidungsgremien auf der Ebene der Bundesländer ihre Entscheidungen aus, wenn sie die bundeseinheitlichen Ziele konkretisieren oder ergänzen sollen? Und woran messen sie – bevölkerungsbezogen – den Erfolg der Maßnahmen?

Das Handwerk der Gesetzeskonstruktion

Es ist stellenweise amüsant, sich in den Gesetzestext zu vertiefen. Man findet dort so herrliche Formulierungen wie „Träger von Lebenswelten sind natürliche oder juristische Personen, die Lebenswelten betreiben oder unterhalten“ (§ 17.1 Präventionsgesetz – PräVG). Ob das wohl anhand einer Betriebsgenehmigung überprüft wird? Einfach zu verstehen ist das Gesetz ansonsten aber nicht. Es ist ein komplexes Gebilde, mit Querverweisen in jedem Paragraphen auf andere, in denen wiederum auf weitere Paragraphen verwiesen wird. Zwischenzeitlich bekommt man richtig Lust, das Ganze als Flussdiagramm aufzumalen und zu sehen, ob nicht vielleicht sogar eine zirkuläre Verweiskette dabei ist. Mathematiker und Mathematikerinnen hätten hier ein Anwendungsfeld für (para)graphentheoretische Studien. Der formalen Komplexität entspricht die inhaltliche, wenn es um die diversen einzurichtenden Gremien, die Entscheidungsverfahren und abzuschließenden Vereinbarungen geht. Dass die Bürgerinnen und Bürger verstehen, wer da für was zuständig ist, muss man jedenfalls nicht befürchten, und wer einen Antrag

auf Förderung stellen will, bekommt es vielleicht mit einer neuen Berufsgruppe zu tun, dem Präventionsgesetztransparenzhilfescout. Es wäre kein Fehler, mit der immer wieder geforderten Entbürokratisierung schon einmal am Gesetzestext selbst anzufangen und als Testlesende vielleicht ganz normale Menschen zu Rate zu ziehen.

Ein vorläufiges Fazit

Das Präventionsgesetz wird, wenn es denn kommt, neuen Wind in die Landschaft bringen. Es wird durch die diversen Berichterstattungspflichten die Transparenz über den Präventionsbedarf in Deutschland und über den Erfolg von präventiven Maßnahmen erheblich verbessern. Das sind elementare Voraussetzungen dafür, dass das bereitgestellte Geld nicht durch Mitnahmeeffekte etwa in mittelschichtorientierten Wellnessangeboten oder durch andere Fehlsteuerungen verschwendet wird. Das Präventionsgesetz wird vermutlich die Kreativität und das Engagement der „Gesundheitsförderungsgemeinde“ beflügeln und so auch zu einer Vielzahl innovativer Maßnahmen führen, vor allem in den Settings, und das alles hoffentlich mit positiver Selektionswirkung durch hohe Qualitätsanforderungen und Evaluationspflichten. Es wird weiter die Zusammenarbeit aller Beteiligten und das gemeinsame Verständnis für die tatsächlichen Handlungserfordernisse verbessern. Das ist schon viel.

Wenn sich die neue Präventionsagenda allerdings bewährt, wenn die Menschen dadurch wirklich gesünder werden, steht man vor einem ernstem Problem: In diesem Fall müsste man die Mittel kräftig erhöhen und die Prävention in der Tat zu „einer eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung“ ausbauen, wie es in der Koalitionsvereinbarung heißt. Dass sich das über die Sozialversicherungsträger beitragsneutral und ohne vehemente Verteilungskonflikte machen lässt, darf man bezweifeln. Dann erst wird sich zeigen, was es heißt, dass die Prävention Vorrang vor kurativen und rehabilitativen Leistungen haben soll (§ 4 PräVG) und was dabei eine „gesamtgesellschaftliche Verantwortung“ (§ 6 PräVG) erforderlich macht. Da wäre es politisch bequemer, wenn sich das Gesetz nicht bewährt. Und wenn das Gesetz doch nicht kommt? Dann geht der ganze Diskussionsprozess auf Grund des letztlich unabweisbaren Handlungsbedarfs wieder von vorne los und in fünf oder zehn Jahren stehen wir präventionspolitisch wieder am gleichen Punkt wie im Frühjahr 2005.