



Gesundheit fördern – Ressourcen stärken! Kommunen sind die Orte für Gesundheitsförderung

Dokumentation der Veranstaltung
der Behörde für Umwelt und Gesundheit
der Freien und Hansestadt Hamburg
zum Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz
in der Hamburgischen Landesvertretung beim Bund



Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Umwelt und Gesundheit



**Gesundheit fördern – Ressourcen stärken!
Kommunen sind *die* Orte für
Gesundheitsförderung**

Dokumentation
der Veranstaltung der
Behörde für Umwelt und Gesundheit der
Freien und Hansestadt Hamburg

zum
Präventions-
und Gesundheitsförderungsgesetz

in der
Hamburgischen Landesvertretung
beim Bund

Impressum

Herausgeberin:

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Umwelt und Gesundheit
Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz
Billstraße 84
20539 Hamburg
Tel. 428 45-35 25
Fax 428 45-35 21

Stand: Februar 2004

Druck : Drucktechnik-Altona

Sie finden die Dokumentation auch als Download im Internet unter
www.gesundheit.hamburg.de

Diese Broschüre wurde auf Recycling-Papier gedruckt.

Inhaltsverzeichnis

Senator Peter Rehaag, Präses der Behörde für Umwelt und Gesundheit, Hamburg
„Hamburger Forderungen an ein Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz“

Prof. Dr. Leonhard Hajen, Vorsitzender der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)
„Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung: Ein beispielgebendes Kooperations- und Finanzierungsmodell“

Dr. hc Herbert Rebscher, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Angestellten Krankenkasse
„Anforderungen an ein Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz aus der Sicht einer Krankenkasse“

Karsten Mankowsky, Gesundheitsdezernent des Rhein-Kreises Neuss
„Gesunder Rhein-Kreis Neuss - Strukturen und Erträge erfolgreicher Prävention“

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Leiter der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin
„Perspektiven einer erfolgreichen Prävention und Gesundheitsförderung“

Ingrid Robbers, Hauptreferentin beim Deutschen Städtetag
„Anforderungen an ein Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz aus der Sicht des Deutschen Städtetages“

Podiumsdiskussion
Schlaglichtartige Aussagen

Einführung

Prävention und Gesundheitsförderung sollen gestärkt werden. Über diese Forderung gibt es in Deutschland einen erfreulich breiten Konsens.

Im Oktober 2003 hat der Deutsche Bundestag in einem gemeinsamen Antrag der Bundestagsfraktionen der SPD, Bündnis 90/Die Grünen und der CDU die Bundesregierung aufgefordert „innerhalb eines Jahres den Entwurf eines Präventionsgesetzes vorzulegen“. Der Bundesrat hat im November letzten Jahres in gleicher Weise das Präventionsgesetz eingefordert und eine Verstärkung des Engagements aller Sozialversicherungsträger sowie der privaten Krankenversicherung in der Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung für dringend geboten gehalten. Der Prävention und Gesundheitsförderung ist ein gleichrangiger Stellenwert neben Kuration, Rehabilitation und Pflege zuzuweisen.

Die Hansestadt Hamburg will ihre Erfahrungen in diese Diskussion einbringen. Hamburg steht seit nunmehr 15 Jahren für eine experimentierfreudige, praxisnahe und erprobte Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung kann nicht alleine vom Gesundheitsbereich geleistet werden. Hamburg hat sich deshalb eine übergreifende vorsorgende Gesundheitspolitik, die über das Gesundheitswesen hinaus auf Umwelt-, Bildungs-, Jugend-, Arbeits-, Verkehrs-, und Stadtentwicklungspolitik Einfluss nimmt, auf die Fahnen geschrieben.

Die Kommune, das Lebensumfeld der Bürgerinnen und Bürger, ist der geeignete Ort für die Förderung und den Erhalt der Gesundheit. Das belegen die Erfahrungen der letzten Jahre.

Damit nachhaltige Wirkungen und Erfolge in der Gesundheitsförderung erzielt werden können, sind engagierte und kompetente Akteurinnen und Akteure, der erkennbare politische Wille, Informationen über die gesundheitlichen Probleme in der Region sowie funktionierende Kooperations- und Koordinierungsstrukturen und ausreichende Finanzmittel notwendig. Ein wichtiger Partner in der Umsetzung dieser Ziele ist die HAG.

Gemäß des Selbstverständnisses der Hamburger Landesvertretung als Ort der Begegnung und der politischen Einflussnahme hat die Behörde für Umwelt und Gesundheit eingeladen, aus der Perspektive der Hamburger Erfahrungen notwendige Anforderungen an das Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz zu diskutieren.

Weit mehr als 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind der Einladung am 10.02.2004 gefolgt und haben mit diskutiert.

Unserer herzlicher Dank gilt den Referentinnen und Referenten, die mit ihren Beiträgen diese Veranstaltung zu einem kompetenten Forum haben werden lassen.

Wir hoffen diese Dokumentation ist ein Baustein auf dem Weg zu einem vorwärtsweisenden Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz in Deutschland!

Senator Peter Rehaag

Präsident der Behörde für Umwelt und Gesundheit der Freien und Hansestadt Hamburg



Hamburger Forderungen an ein Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie sehr herzlich in unserer hanseatischen Hauptstadtfiliale und freue mich, dass Sie so zahlreich gekommen sind.

Prävention und Gesundheitsförderung haben in den letzten Jahren in der öffentlichen Diskussion erkennbar an Bedeutung gewonnen. Die Bundesregierung plant, Prävention und Gesundheitsförderung neben der Therapie, der Rehabilitation und der Pflege als vierte Säule in unserem Gesundheitssystem aufzubauen. Diesen Ansatz unterstützen wir ausdrücklich. Es müssen aber auch die richtigen Konsequenzen folgen.

Prävention und Gesundheitsförderung sind wirksame Ansätze, Krankheiten zu vermeiden, die Verschlimmerung von gesundheitlichen Störungen und von Krankheiten zu verhüten, Lebensqualität und Wohlbefinden zu steigern sowie die bei guter Gesundheit verbrachte Lebenszeit zu verlängern.

Unbestritten gibt es ein individuelles Bedürfnis nach einem gesunden Leben. Die überwiegende Mehrheit der Menschen will möglichst lange, selbständig, leidens- und beschwerdefrei oder zumindest beschwerdearm leben und am sozialen Geschehen aktiv teilnehmen. In gleicher Weise ist natürlich auch das Gesundheitssystem daran interessiert, dass die Menschen möglichst lange gesund bleiben, damit die Kostenentwicklung in einem verträglichen Rahmen bleibt.

Den Bürgerinnen und Bürgern ein gesundes Leben zu bieten, ist daher ein vorrangiges politisches Ziel. Vornehmste Aufgabe der Politik ist es, die Voraussetzungen auf allen Handlungsebenen so zu schärfen, dass „gesunde“ Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Nur unter Einbeziehung dieser Rahmenbedingungen kann es gelingen, die Bürgerinnen und Bürger mit präventiven Botschaften zunächst überhaupt zu erreichen, sie für bestimmte Inhalte zu sensibilisieren und sie schließlich einzubinden und dann zum gewünschten Ziel zu führen.

Denn der Anspruch, gesund zu sein, und das alltägliche Verhalten vieler Bürgerinnen und Bürger, diesen Anspruch zu verwirklichen, stehen in der Realität oft noch in einem krassen Gegensatz.

Auch wenn die Diskussion zum Gesetzentwurf grundsätzlich auf dem richtigen Weg ist, möchte ich hier vier Thesen aufstellen, die aus Hamburger Sicht unbedingt berücksichtigt werden sollten.

1. „Die Kooperation mit und innerhalb der Kommunen muss gestärkt werden“.

Prävention und Gesundheitsförderung sind miteinander eng verwoben. Grundlage hierfür ist das über Jahre gewachsene Verständnis einer strukturellen Prävention. Maßgeblich dafür ist der Setting-Ansatz: Gesundheitsförderung und Prävention reduzieren sich längst nicht mehr auf rein verhaltensbezogene Botschaften, sondern setzen bei den unmittelbaren Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger an. Auch wir Politiker haben inzwischen begriffen und von den Präventions-Fachleuten gelernt, dass individuelle Verhaltensweisen meist im Kontext der jeweiligen Lebenssituation, der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, der peer group und anderer Einflussfaktoren stehen. Dem jeweiligen Setting kommt somit zentrale Bedeutung zu.

Erfolgreiche Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention - etwa bei den Aktivitäten zum plötzlichen Säuglingstod, zur betrieblichen Gesundheitsförderung oder auch zur Prävention im Bereich HIV und sexuell übertragbarer Krankheiten - haben ihre Wirkungen bereits unter Beweis gestellt. Der Förderungsansatz muss aber auch über bisher erfolgreich eingesetzte Maßnahmen – wie zum Beispiel Projekte an Schulen oder am Arbeitsplatz - hinausgehen, beispielsweise wenn es darum geht, sozial benachteiligte Menschen einzubinden, die keiner Institution verhaftet sind.

Die Kommunen als das Lebensumfeld sind daher der geborene Ort für diese Maßnahmen. Wo denn sonst, meine Damen und Herren? Die Kommune gewährleistet die ganzheitliche Perspektive. Ihre unterschiedlichen Dienste und Angebote wirken an dem übergeordneten Ziel der Gesundheitsförderung mit. Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat dabei für die zielgerichtete Zusammenführung dieser Ressourcen und deren Koordination eine tragende Funktion.

Wer es mit der Prävention und Gesundheitsförderung ernst meint, muss die vorhandenen, erprobten und tragfähigen Verfahren und Strukturen der Kommunen nutzen und mithelfen, sie weiter zu entwickeln.

Dazu gehören kommunale Gesundheitskonferenzen. Sie sind ein wirksames Instrument für die Koordination, Kooperation, Planung und Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Aktivitäten. Im Rahmen des „Gesunde Städte Netzwerkes“, dem zur Zeit 60 Kommunen angehören, ist ein bewährtes Vorgehen entwickelt worden, an dem sich Hamburg ebenfalls orientiert. Diese durch langjährige Erfahrungen qualifizierte Handlungsstrategie reicht von der Gesundheitsberichterstattung über die Gesundheitskonferenzen bis zur Beschreibung und Veröffentlichung der Erfahrungen und der Fortschritte, die erreicht wurden.

Die Sozialversicherungsträger müssen verpflichtet werden, in diesen kommunalen Gesundheitskonferenzen oder entsprechenden kommunalen Gremien mitzuwirken. Prävention und Gesundheitsförderung sollen zu Pflichtleistungen der Sozialversicherer werden. Denn nur die Mitwirkungsbreite, meine Damen und Herren, macht aus den kommunalen Gesundheitskonferenzen Kompetenzzentren für kommunale Gesundheitsförderung.

Ich möchte hier ein Beispiel aus Hamburg anführen: die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung. Die HAG ist von der Stadt Hamburg beauftragt, Prävention und Gesundheitsförderung zusammen mit der für Gesundheit zuständigen Behörde voranzubringen. In der HAG arbeiten die wichtigen Hamburger Akteure zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit zusammen. Dazu gehören unter anderem Arbeitgeberverband, Ärzteschaft, Behörden, Bildungsbereich, Gewerkschaften, Selbsthilfe und die Wohlfahrtsverbände.

Die HAG ist ein Zuwendungsempfänger der Stadt Hamburg. Die Stadt gewährleistet mit ihrer Förderung in Höhe von über € 230.000,- die Arbeitsfähigkeit der Geschäftsstelle. Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen im Rahmen einer Umlagefinanzierung nach Mitgliedern (*etwa € 76.000,- in 2003*) in einen Fonds ein, der nach gemeinsam vereinbarten Kriterien für gesundheitsfördernde und präventive Projekte in Hamburg verwendet wird. Die Stadt Hamburg zahlt noch einmal den gleichen Beitrag in diesen Topf, der 2003 insgesamt über 150.000,- € umfasste. Der Vorsitzende der HAG, Herr Professor Hajen, wird im Anschluss dieses Modell noch einmal konkret erläutern.

Um also herauszufinden, wo genau wir hinwollen, müssen wir uns vergegenwärtigen, wo wir heute stehen. Die heutigen Redner werden uns gleich über den gegenwärtigen Status quo und die künftigen Bedarfe berichten.

Das Ergebnis, meine Damen und Herren, ist meines Erachtens jedoch klar: Die Kommunen werden und müssen bei allen Präventions-Bemühungen eine starke Rolle spielen!

Ich komme zu meiner zweiten These:

2. „Die finanziellen Ressourcen in diesem Bereich müssen gesteigert werden – und zwar sowohl quantitativ als auch qualitativ!“

Meine Damen und Herren, Sie werden sich sicherlich fragen, weshalb Politikern in solchen Situationen oftmals nicht mehr einfällt als die schlichte Forderung nach „Mehr Geld ins System!“ und die idealtypische Vorstellung, Leistungsangebote „auskömmlich zu finanzieren“.

Was wir in Zeiten der Ressourcenknappheit brauchen, ist ein gesundheitspolitisches Prioritätenkonzept, bei dem der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention durch den Gesetzgeber eben nicht nur in einem eigenständigen Gesetz zum Ausdruck gebracht wird, sondern dieses für Staat und Selbstverwaltung auch verbindliche monetäre Folgen nach sich zieht.

Aber auch die Sozialversicherungsträger müssen bei der Finanzierung stärker in die Pflicht genommen werden. Die Erfahrungen mit dem § 20 SGB V haben gezeigt, dass selbst klar definierte Vorgaben nicht immer und oft nur zögerlich eingehalten werden. Im Fall der Gesundheitsförderung und Prävention muss zudem sichergestellt werden, dass die Mittel auch direkt bis zu den Kommunen durchschlagen und nicht in den Kanälen nationaler Verbände und Interessengruppen versickern.

Die Finanzmittel der Sozialversicherungsträger für lebensweltbezogene Aktivitäten sollten von den bisher in den inoffiziellen Eckpunkten des BMGS vorgesehenen 40 % auf mindestens 50% gesteigert werden. Wenn diese Finanzmittel die kommunale

Ebene auch erreichen sollen, um die weiteren abgestimmten Aktivitäten in den Kommunen sinnvoll zu ergänzen und zu fördern, muss die Entscheidung über die Vergabe dieser Finanzmittel auf der kommunalen Ebene erfolgen. Das ist ein zentraler Punkt der Hamburger Forderungen.

Als geeignete Strukturen empfehlen sich die kommunalen Gesundheitskonferenzen oder andere dafür in der Kommune beauftragte Kooperationsgremien. Die Hamburger Erfahrungen belegen dies nachdrücklich.

Neben den Ländern zahlen vor allem die Kommunen bereits jetzt beträchtliche Summen für die Infrastrukturen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die allerdings erheblich mehr umfassen als die Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention. Ich möchte damit vor allem eines deutlich machen: Die Sozialversicherungsträger sollen nicht die Gesundheitsförderung der Kommunen bezahlen. Vielmehr soll diese Gemeinschaftsaufgabe auch gemeinschaftlich finanziert werden.

3. „Gesundheitsförderung und Prävention sind nicht nur alleine Aufgabe der Gesundheitspolitik, sondern aller Politik-Felder!“

Gesundheitsförderung und Prävention sind Querschnittsaufgaben, sowohl horizontal als auch vertikal. Dies heißt klar gesprochen, dass Methoden entwickelt werden müssen, durch die alle Politikbereiche wesentliche Kernpunkte von Gesundheitsförderung und Prävention in ihre Arbeit und Überlegungen miteinbeziehen. Wir knüpfen mit dieser Forderung unmittelbar an die Ihnen allen bekannten Aussagen des Sachverständigenrats zur „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ aus dem Jahr 2001 an.

Außerdem muss es verbindliche und transparente Richtlinien im vertikalen Bereich geben, d.h. die Ebenen Kommune, Land, Bund und EU müssen in ständigem Austausch stehen, doch sollten die Kompetenzen trennscharf geregelt sein.

Dieses ressortübergreifende Verständnis beinhaltet eine permanente Folgenabschätzung, bezogen auf künftige Entwicklungen und Bedarfe. Ich meine hier vor allem die langfristigen Folgen aus den Bereichen Stadtplanung, Bau und Verkehr, Bildung, Jugend und Arbeit, um nur einige zu nennen, die bedacht werden sollten. Gesundheitsförderung und Prävention leisten damit auch in den genannten Bereichen einen fundamentalen Beitrag als eigenständige Parameter für die politische Planung und die politische Erfolgskontrolle.

Meine Damen und Herren, ich möchte an dieser Stelle einen kleinen Exkurs machen und kurz auf meinen zweiten Ressortbereich, die Umweltpolitik, zu sprechen kommen.

Wir diskutieren dort über Ländergrenzen hinweg auf globaler Ebene seit Jahren den Begriff der nachhaltigen Entwicklung und auch die methodischen Schwierigkeiten, aus diesem abstrakten Postulat konkrete Prioritäten und Umsetzungsschritte vor Ort abzuleiten.

Nachhaltigkeit als politischer und gesellschaftlicher Querschnitts-Parameter ist nur dann effektiv zu berücksichtigen und wird erst messbar, wenn wir Indikatoren für die

hiervon primär berührten Politikfelder entwickelt haben. Hier sind wir, dies sei als Fußnote erwähnt, mit Nachdruck dabei.

Für unsere heutige Diskussion zur Gesundheitsförderung und Prävention sehe ich eine gewisse Parallele, denn auch hier handelt es sich um ein Querschnittsthema, das viele Politikbereiche umspannt und auch hier kommen wir ohne die Entwicklung und Verständigung über anerkannte Indikatoren nicht wirklich weiter. In der Prävention haben diese Indikatoren bekanntlich einen stark prognostischen Charakter. Kommunal gibt es hier viele positive Ansätze, deren bundesweite Ausdehnung sicher erfolgversprechend wäre.

Meine Damen und Herren, ich komme nun zu meinem letzten Punkt:

4. „Das Präventionsgesetz muss transparent und in seinen Kern-Inhalten für die Bevölkerung verständlich sein!“

Der „Verunsicherung der Versicherten“ muss ein Ende gemacht werden. Dieses sprachlich reizvolle Wortspiel ist für mich in diesen Tagen in manch einer Rede zur aktuellen gesundheitspolitischen Situation bedauerlicherweise schon zu einer festen Größe geworden.

Meine Damen und Herren, wir müssen raus aus der gesetzgeberischen Experimentierwerkstatt: Pannen, wie es sie beim GMG gab, dürfen wir uns bei diesem Gesetz nicht erlauben. Inhaltlich sind Prävention und Gesundheitsförderung ein viel zu hohes Gut, um hierüber aufgrund gesetzgeberischer handwerklicher Mängel Kontroversen zu führen.

Wir agieren im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention längst - wie in vielen medizinischen Bereichen - evidenz-basiert. Diese evidenz-basierten Präventionsansätze sollten nunmehr gesetzlich transportiert werden, sie sollten nicht im Hai-fischbecken aufgeregter allgemeiner Debatten über Reformen und Reförmchen landen.

Wie Sie ja alle wissen, herrscht in Hamburg gerade Wahlkampf. Die Opposition plädiert für Klarheit und Wahrheit. Dieser Forderung möchte ich mich hier heute in Hinblick auf das Präventionsgesetz anschließen. Denn für dieses Gesetz ist es essentiell, dass es klar, wahr, bodenständig und ohne Fallstricke ist, kurz: Es muss glaubwürdig sein.

Dazu bedarf es durch den Gesetzgeber einer klaren Definition der Aufgaben und Begriffe. Es darf keine Decodierungen durch Kommissionen geben, kein Hickhack über die Umsetzung der Maßnahmen und keinen Interpretationsspielraum, der zu Verwirrung führt.

Das Präventionsgesetz darf nicht zu einer Selbstbeschäftigungsmaßnahme von Verbänden und Interessengruppen verkommen! Aber man lernt ja bekanntlich aus Fehlern. Und wenn ich mir die hier versammelte Kompetenz und das bereits bestehende Netzwerk im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ansehe, bin ich voller Zuversicht, dass hier Gutes und Großes erreicht werden kann.

Vielen Dank.

Prof. Dr. Leonhard Hajen
Vorsitzender der Hamburgischen
Arbeitsgemeinschaft für Gesundheits-
förderung e.V. (HAG)



Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung: Ein beispielgebendes Kooperations- und Finanzierungsmodell

Ich möchte Ihnen die Arbeit der HAG als ein Beispiel für Gesundheitsförderung in einer Großstadt vorstellen, und zwar für Erfolge, aber auch für Probleme in der Arbeit. Wir wollen kein Vorbild sein, aber aus unserer Praxis können wir Erwartungen, Hoffnungen und Sorgen an ein künftiges Präventionsgesetz formulieren, die sicher auch andere Träger haben, die in diesem Feld tätig sind.

Über das Ziel „Gesundheit fördern“ gibt es keinen Streit, bei „Ressourcen stärken“ um so mehr, wenn man das schöne Fremdwort mit „mehr Geld“ übersetzt. Ich weiß, das ist ungenau, aber das ist neben der Frage, wer hat welche Kompetenzen, in dem schwierigen Feld der gegliederten Sozialversicherung und der föderalen Verflechtung zwischen Bund, Ländern und Kommunen der Kern des Streits um ein eigenständiges Präventionsgesetz.

Ich will jedenfalls über Geld reden und darüber, wie auf kommunaler Ebene, wo Gesundheitsförderung tatsächlich stattfindet, durch einen trägerübergreifenden Finanzierungsfonds mehr für Gesundheitsförderung getan werden kann: 2+2 kann sich hier zu 5 addieren, wann hat man sonst schon so eine Chance? Aus 4 kann bei falschen Entscheidungen aber auch 3,5 werden, wenn durch neue Gremien und Verwaltung oder nutzlose zentrale Kampagnen kein zusätzliches Geld in die Arbeit vor Ort fließt. Das ist unsere Sorge bei dem geplanten Präventionsgesetz.

Die HAG ist ein Zusammenschluss von mehr als 70 Hamburger Organisationen, die alle in unterschiedlichster Weise mit Gesundheitsförderung zu tun haben. Das reicht von der Apotheker- und Ärztekammer über Arbeitgeberverband, Behörden, Gewerkschaften, Krankenkassen, Hamburger Sportbund, Selbsthilfegruppen bis zur Volkshochschule.

Keine der Organisationen hat als Hauptaufgabe die Gesundheitsförderung, sondern als ein Nebenziel. Wir sind ein Netzwerk, das davon lebt, dass die Mitglieder einen Nutzen in der Gesundheitsförderung für ihre eigentliche Arbeit sehen und dabei durch die HAG unterstützt werden. Deshalb ist die Diskussion von Gesundheitszielen für uns wichtig gewesen, aber es war ein mühseliger Prozess, der im Ergebnis nach mehr als einjähriger Diskussion zu einem Aktionsprogramm geführt hat.

Unsere Erfahrung ist: Die Ziele werden relativ allgemein formuliert sein müssen, damit die unterschiedlichen Mitgliedsorganisationen mit gesundheitsfördernden Aktionen jeweils an ihren, aus ganz anderen Gründen gebildeten, Schwerpunkten quasi andocken können. Die Ziele bessere Ernährung, mehr Bewegung und Senkung des

Verbrauchs von Suchtmitteln bieten schon eine so große Palette von Handlungsmöglichkeiten, dass eigentlich nichts ausgegrenzt ist.

Die Vorstellung, auf Bundesebene könne entschieden werden, was der Schwerpunkt lokaler Aktionen sein soll, halten wir für falsch. Sie würde Handlungspotenzial vor Ort verschütten und hemmen, statt zu fördern. Aus unserer Sicht brauchen wir nicht neue Gremien und Zuständigkeiten, sondern mehr Geld.

Wenn ich schon einen Vorschlag machen darf, wie das Fell des Bären, der noch nicht erlegt ist, verteilt werden soll, dann ist für mich ein Verteilungsschlüssel am besten geeignet, der die Mittel in die Kommunen bringt, um dort Projekte der Gesundheitsförderung zu finanzieren. Welches Gremium auf Bundesebene will denn eigentlich beurteilen, ob ein Stadtteilprojekt in Eimsbüttel-Nord oder Eimsbüttel-Süd besser ist, wenn nicht einmal eine Vorstellung darüber besteht, wo denn Eimsbüttel liegt?

Die Zieldiskussion war für uns weniger wichtig bei der Entscheidung, welches Feld der Gesundheitsförderung wir beackern wollen, sondern für wen. Dafür war für uns die von der Hamburger Gesundheitsbehörde vorgelegte Gesundheitsberichterstattung von zentraler Bedeutung. Auf der Ebene von Stadtteilen, das entspricht der Größe mittlerer Gemeinden, wurde dort über den Gesundheitsstatus und die besonderen Gesundheitsprobleme in der Stadt berichtet. Das Ergebnis war nicht überraschend: Die Menschen in Hamburg sind im letzten Jahrzehnt gesünder geworden, aber die Ungleichheit des Gesundheitsstatus in Abhängigkeit vom sozialen Status springt ins Auge.

Die beste Strategie gegen armutsbedingte Ungleichheit im Gesundheitsstatus ist die Bekämpfung der Armut. Es ist ebenso richtig wie offensichtlich, dass dies kein Instrument der Gesundheitspolitik ist. Von zentraler Bedeutung, um Ungleichheit zu mindern, sind zum Beispiel Familienhebammen, mit denen Hamburg ausgezeichnete Erfahrungen gemacht hat, eine flächendeckende, mindestens fünfstündige Kindertagesbetreuung und Ganztagschulen.

Auch hier kann ich mir nicht vorstellen, dass ein Präventionsgesetz mehr als einen moralischen Appell enthält, denn das sind originäre Aufgaben der Länder und Kommunen. Die HAG wäre schon froh, wenn das Präventionsgesetz ermöglichen würde, dass niedergelassene Ärzte in Kindertagesstätten und Schulen Früherkennungsuntersuchungen durchführen können, die von einem Teil der sozial benachteiligten Familien nicht wahrgenommen werden.

Unsere Konsequenz aus der Gesundheitsberichterstattung war und ist: Bei der Förderung von Projekten werden die sozial benachteiligten Stadtteile besonders in den Blick genommen. Bei allen Aktivitäten, die in der HAG entwickelt werden, steht die Frage im Vordergrund, wie durch Gesundheitsförderung die ungleiche Verteilung des Gesundheitsstatus ausgeglichen werden kann.

Damit sind wir aber bei einem Dilemma unserer Arbeit: Die Mitgliedsorganisationen der HAG haben ganz unterschiedliche Strukturen. Die handelnden Personen sind einerseits Professionelle, d. h. Gesundheitsförderung ist ein Teil ihrer beruflichen Aufgaben, aber eben in der Regel nur ein kleiner Teil. Die Engagierten setzen sich über das übliche Maß hinaus für Gesundheitsförderung ein, aber gerade wenn sie als Lehrer, Ärzte, Hebammen, Apotheker oder Übungsleiter eines Sportvereins in

schwierigen Stadtteilen arbeiten, haben sie schon Probleme genug. Gesundheitsförderung als weitere Aufgabe muss sie in ihrer Arbeit unterstützen, nicht nur durch gute Worte und Ermunterung, sondern auch durch zusätzliches Geld für Sachmittel.

Andererseits sind es ehrenamtlich tätige Menschen, die nach unserer Erfahrung zu einem zeitlich und thematisch begrenzten Engagement bereit sind, die aber ein Gerüst an Unterstützung haben möchten, das die Arbeit der Initiierung, Koordinierung und Organisation wenigstens zum Teil übernimmt. Kurz gesagt: Ehrenamtliche Arbeit kann nur mobilisiert werden, wenn es einen Kern an professioneller Unterstützung gibt.

Diese Aufgabe nimmt die HAG wahr, aber sie stößt dabei natürlich schnell an die Grenzen ihrer finanziellen Möglichkeiten. Die besondere Schwierigkeit für uns ist, dass gerade in den sozial schwierigen Stadtvierteln die Akteure für das Handeln im Setting dünn gesät sind. Überspitzt gesagt: Da, wo Gesundheitsförderung besonders nötig ist, ist sie nicht möglich. Da, wo sie möglich ist, ist sie nicht nötig.

Die Rahmenbedingungen unserer Arbeit sind in vieler Hinsicht gut. Die Situation der Großstadt hat Vorteile der Nähe, die Politik und die für Gesundheitsförderung relevanten Verbände und Organisationen unterstützen uns. Hamburg hat ein vorbildliches Gesetz zum Öffentlichen Gesundheitsdienst und seit vielen Jahren ist im Schulgesetz Gesundheitsförderung als verbindlicher Unterrichtskanon vorgesehen. Ein Blick in das Veranstaltungsangebot in der Lehrerfortbildung zeigt auch, dass es gelebte Realität ist. Aber gemessen an dem, was wir leisten müssten, um die allseits beschworene Priorität für Gesundheitsförderung und Prävention einzulösen, tun wir zu wenig.

Wir haben in Hamburg ein Finanzierungsmodell für die Arbeit der HAG, das ich vom Ansatz her für vorbildlich halte. Aus dem Landeshaushalt werden die Regiekosten der Geschäftsstelle von ca. 233.000 € (2003) finanziert (Gehälter, Miete und Sachkosten), zusätzlich gibt es Mitgliedsbeiträge und Spenden. Innovativ und sehr effektiv ist die Finanzierung eines Fonds in Höhe von 133.000 € gemeinsam durch Hamburg (2003: 56.300 €) und alle in Hamburg vertretenen Krankenkassen (2003: 76.700 €).

Aus diesem Fonds werden gesundheitsfördernde Projekte finanziert, die Dritte durchführen. Im Einzelfall sind das keine riesigen Zuschüsse (der Durchschnitt liegt bei 3.500 €), aber es sind häufig die Mittel, die Projekte überhaupt zum Laufen bringen oder ehrenamtliches Engagement mobilisieren. Einen Schwerpunkt bilden Projekte und Beratungen in Schulen, ebenso Veranstaltungen mit Kooperationspartnern und Institutionen in Hamburg zu Themen der Gesundheitsförderung und Prävention.

Gerade hier ist ein Träger wie die HAG, der außerhalb des Marktwettbewerbs handeln kann und kein Problem mit dem Werbeverbot in öffentlichen Einrichtungen hat, ein großer Vorteil. Diese Form der Gemeinschaftsfinanzierung sollte aus unserer Sicht ausgebaut werden, weil sie gesundheitsfördernde Aktivitäten in den Kommunen stärkt.

Natürlich ist nicht einzusehen, warum nur die öffentliche Hand und die Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung für diese Aktivitäten bezahlen, denn sie kommen nicht nur den Krankenversicherten zugute, sondern auch anderen Trägern der Sozialversicherung oder den Privatversicherten, Selbständigen und Beamten. Deshalb

unsere Erwartung an das Präventionsgesetz, dass alle, also Staat, GKV, Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung und Private Krankenversicherung zur Finanzierung eines Fonds zur Gesundheitsförderung beitragen müssen.

Sicher darf das Präventionsgesetz nicht nur ein Finanzierungsgesetz sein, sondern es muss Bund, Länder und Kommunen ebenso wie die einzelnen Träger der Sozialversicherung auf Ziele der Gesundheitsförderung verpflichten und Koordination verbindlich machen. Aber ob mit oder ohne Gesetz, über die tatsächliche Gewichtung von Gesundheitsförderung als eine Querschnittsaufgabe der Politik, die das Mega-Thema der Zukunft sein muss, wird in den einzelnen politischen Maßnahmen entschieden. Ohne eine Finanzierungsregelung, die mehr Geld für Gesundheitsförderung bereitstellt, ist das Präventionsgesetz wertlos.

Ich kann die Krankenkassen gut verstehen, dass sie nicht nur die Zahlmeister sein wollen, ohne über die Verwendung der Mittel entscheiden zu können. Aber die Gründung einer eigenen Stiftung ist aus meiner Sicht wegen der engeren Finanzierungsbasis nur eine zweitbeste Lösung, wenn ein von allen gespeister Fonds nicht zustande kommt. Soweit mir bekannt, will die Stiftung der Krankenkassen ihren Fonds zur Unterstützung lokaler Aktivitäten einsetzen, was aus meiner Sicht der richtige Ansatz ist. Das Finanzierungsmodell, das wir in Hamburg mit den Kassen praktizieren, kann dafür ein gutes Vorbild sein.

Über die Vergabe der Projektmittel aus dem gemeinsamen Fonds entscheidet innerhalb der HAG ein Ausschuss, paritätisch besetzt mit Personen aus der Zuwendungsbehörde, den Krankenkassen und dem Vorstand der HAG. Bei den Entscheidungen gab es keine Konflikte. Probleme gibt es teilweise mit den Qualitätsanforderungen der Kassen, die ich im Grundsatz richtig finde, die für kleine und innovative Projekte aber eben doch manchmal nur schwer zu erfüllen sind. Aber auch hier finden wir Lösungen, indem wir diese Anträge dann aus den Eigenmitteln der HAG finanzieren, wenn wir gemeinsam der Auffassung sind, dass der gesundheitsfördernde Zweck erreicht wird.

Mein Fazit:

Das „Hamburg Modell“ zeigt, dass durch gemeinsames Handeln gesundheitsfördernde Ziele besser erreicht werden können, den einzelnen Handlungspartnern aber genügend Spielräume für eigene Aktivitäten bleiben. Die Form der Zusammenarbeit verursacht keine großen Kosten und gewährleistet eine zweckentsprechende Verwendung der Mittel.

Mit mehr Geld könnten wir in Hamburg mehr bewegen. Darauf richten sich die Hoffnungen der HAG.

Wir brauchen keine neuen Entscheidungsgremien und Bürokratien auf Bundesebene, sondern eine Stärkung der Arbeit vor Ort. In dieser Hinsicht halten wir die Konzeption der geplanten Stiftung der Krankenkassen für die Verwendung des Geldes für gut.

Das Präventionsgesetz sollte Früherkennungsuntersuchungen durch Ärzte in Kindertageseinrichtungen und Schulen ermöglichen.

Dipl.-Kaufmann
Dr. h. c. Herbert Rebscher
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes der
Deutschen Angestellten-Krankenkasse



Erwartungen an ein Präventionsgesetz

Politische, ökonomische und konzeptionelle Anmerkungen

Die politische Diskussion um zielführende Prävention im deutschen Gesundheitswesen ist nicht neu. Seit Jahrzehnten befassen sich wissenschaftliche Gutachten, politische Programme und Stellungnahmen der Akteure mit dem Stellenwert der Prävention und ihrer geeigneten Implementierung in die Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens. Dabei wird oft vergessen, dass bereits heute erhebliche Mittel in den einzelnen Sozialversicherungsbereichen für vorsorgende, krankheitsverhütende und aufklärende Maßnahmen - also im präventiven Sinne - verwendet werden. Rund 10 Mrd. Euro werden in Deutschland für im weitesten Sinne präventive Leistungen aufgebracht, rund 40 % davon durch die GKV. Allgemeine Unsicherheit herrscht jedoch über das Maß an zielführender konzeptioneller Ausrichtung, über den Ansatz der komplexen Präventionsstrategien, über die Erreichbarkeit von Zielgruppen und deren Risikopotential, über das Kosten-/Nutzenverhältnis der jeweiligen Maßnahmen und über die Finanzverantwortung unterschiedlicher Akteure.

Wie bei vielen Themen mit zunächst plausiblen Ursache-/Wirkungsmustern, aber mit erheblicher Unschärfe in der konkreten Nutzenbewertung, entstand in der Diskussion ein politisch und fachlich seltsames Gemisch aus ambitionierten Inhalten mit einem elaborierten Sprach- und Argumentationsstil, unklaren Zuständigkeiten und Kompetenzübertragungen, vor allem auch zwischen den Sozialversicherungszweigen, aber auch zwischen den föderalen Ebenen unseres Staatswesens und schließlich und endlich daraus resultierend die Fragen der Finanzierungszuständigkeiten und der Finanzierungsquellen.

Interessant bei dieser Diskussion ist, dass vor allem diejenigen nach Strukturverantwortung und Entscheidungskompetenzen rufen und diese politisch einfordern, die bisher wenig Geld zur Verfügung stellen konnten bzw. ihr finanzielles Engagement in originären Zuständigkeiten (z. B. dem öffentlichen Gesundheitsdienst) wegen der Finanznot der öffentlichen Haushalte Schritt für Schritt reduzieren mussten. Es wäre deshalb ein pragmatisch erster Schritt im Rahmen einer Präventionsgesetzgebung, nicht "mehr Geld" einzufordern, sondern sich zunächst auf den gezielten Einsatz vorhandener Geldmittel zu konzentrieren um die vielfältigen Finanzierungsbrüche in der präventionspolitisch sinnvollen Abfolge von Maßnahmen zu vermeiden.

Inhaltlich konzentriert sich die Debatte um ein Präventionsgesetz auf die Primärprävention, also die Strategien zur Vermeidung von Krankheiten. Die Sekundärprävention, also die Früherkennung von Krankheiten mit Focus auf Screening-Programme,

Hochrisikogruppen, systematisierte Strategien der Vorsorge und die so genannte Tertiärprävention, also die Strategien zur Vermeidung der Verschlechterung oder des Wiederauftretens von Krankheiten (in Verbindung mit Rehabilitation) ist demgegenüber institutionell und organisatorisch geklärt. Inhaltliche Fragen sind auch dort weiterhin offen und bedürfen einer kontinuierlichen Nachjustierung.

Vor allem im Bereich der Primärprävention besteht also Handlungsbedarf! Hierunter sollen alle Ansätze zusammengefasst werden, die Krankheitsvermeidung durch Lebensstiländerung und den verantwortlichen Umgang mit Risikofaktoren zum Ziel haben und sich allgemein mit Hilfestellungen zur "gesunden Lebensführung" nicht nur an Risikogruppen, sondern auch an "risikolose" und symptomfreie Bürger in ihrem jeweiligen sozialen Kontext richtet. Tabak und Alkoholkonsum, Ernährungsverhalten, Stressreduktion und Entspannung, Bewegung und Sport sowie "gesundes Altern" sind zentrale Themen. Kindern als Zielgruppe kommt wegen der Langzeitwirkung und dem Zukunftsaspekt eine besondere Bedeutung zu.

Die Erreichbarkeit der Zielgruppen, der Zugang zu den jeweiligen Milieus, die Erstellung von Setting-Konzepten für Kindergärten, Schulen, Arbeitsplätze, Vereine, Stadtteile u.a. sind die zentralen Fragen, um die es geht. Evaluierbare Programme liegen vor, abgestimmtes Verhalten ist gefragt, individuelles Engagement vor Ort nicht nur erwünscht, sondern zwingend. Wenige Striche kennzeichnen die Notwendigkeit eines Präventionskonzeptes. Die Notwendigkeit der Organisation dieses Prozesses, die eine Vielzahl von Akteuren zusammenführt und zu abgestimmter Aktion führt, darum geht es bei einem Präventionsgesetz.

Politisch-ökonomische Anmerkungen zur Debatte

Deutschland befindet sich mitten in einem politischen und ökonomischen Umbruch. Weltwirtschaftliche Verflechtungen, europäische Integrationsprozesse und binnenwirtschaftliche Strukturreformen verändern viele strukturelle Arrangements. In diesem Prozess ist die Gestaltung eines Präventionsgesetzes zentral verwoben mit der gegenwärtigen Debatte um die Zukunft der sozialen Krankenversicherung mit all ihren diskutierten Reformoptionen, der Zukunft der Rentenversicherung, der Arbeitsverwaltung, der Pflege, der Rehabilitation, kurz: der gesamten Statik unserer Sozialstaatsarchitektur.

Unbeschadet der empirischen Relevanz behaupteter Krisenszenarien lässt sich doch festhalten, dass für ein bloßes "Mehr" an Leistungen keine politischen Mehrheiten mehr zu generieren sind. Im Übrigen sollten wir aus der Sozialstaatsdebatte - insbesondere den Ergebnissen der so genannten Rürup-Kommission und der Herzog-Kommission - festhalten, dass mindestens weitere Verschiebebahnhöfe und Umverteilungsfunktionen via Beitragsfinanzierung der GKV den systematisch falschen Weg darstellen und dass zumindest die so genannten versicherungsfremden Leistungen in allen Sektoren sinnvollerweise - und konjunktur- und arbeitsmarktpolitisch richtigerweise - über das allgemeine Steuerbudget zu finanzieren sind.

Gerade präventionspolitische Leistungen sind in weit höherem Maße bevölkerungsorientiert angelegt als dies individualisierbare kurative medizinische Leistungen sind. Insofern gilt es gerade beim präventionspolitischen Ansatz zu unterscheiden, ob im Focus der Maßnahme der personifizierbare Versicherte einer Krankenkasse, der

Bürger in seinem engeren sozialen Umfeld (Schule/Beruf) oder die Bürger als Gesamtheit im bevölkerungsorientierten Präventionsansatz liegt.

Für die gesetzliche Krankenversicherung ist der heutige Rechtsrahmen ihres Präventionsauftrages sehr eindeutig auf die bei den einzelnen Krankenkassen Versicherten orientiert und ausdrücklich kein bevölkerungsbezogener Auftrag ausgelobt. Der Präventionsauftrag der Krankenversicherung ist der Präventionsauftrag für ihre Versicherten. In den Finanzierungsauftrag der Krankenversicherung bevölkerungsorientierte Präventionsinhalte hineinzudefinieren, wäre per se ein versicherungsfremdes Anliegen und hätte verteilungspolitisch die Wirkung, dass 40 Millionen Beitragszahler den gesamtgesellschaftlichen Nutzen für 80 Millionen Bürger quersubventionieren und damit eine "Verdoppelung" der finanziellen Belastung einhergeht, als das im steuerpolitischen Kontext der Fall wäre.

Gesundheitsökonomische Bemerkungen

Die gesundheitsökonomische Evaluation von Präventionsprogrammen ist erst in den letzten Jahren an verschiedenen Beispielen ernsthaft durchgeführt worden. Ernsthafte evidenzbasierte Evaluationsstudien mit klar definierten Endpunkten im Studiendesign bleiben rar. Deshalb gibt es für die Bewertung von Präventionsprogrammen sehr unterschiedliche theoretische und empirische Wirkungshypothesen. Die weitaus häufigsten Argumentationsmuster in der Debatte folgen einer nachvollziehbaren Plausibilität, wenige einer belastbaren empirisch gefestigten Erkenntnis.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat diese Ansätze verdienstvollerweise zusammengeführt und auf den Punkt verdichtet, dass in dem Maße, wie mit guten präventionspolitischen Maßnahmen eine Verzögerung des Eintrittszeitpunktes speziell chronischer Erkrankungen einhergeht, die Kompression der Ausgaben noch näher an den individuellen Todeszeitpunkt herangeführt werden kann. Dies ist in Anbetracht der demografischen Herausforderung nicht trivial, denn damit wird die Zeit des gesunden Alterns erhöht und die Leistungsausgaben für ältere Menschen über lange Jahre reduziert. Da die Leistungsdichte bei einem Todeszeitpunkt im hohen Alter tendenziell sinkt, wäre in diesem Sinne gute Prävention eine gesundheitsökonomisch sinnvolle Strategie zur Bewältigung der demografischen Risiken. Dazu liegen analytisch und empirisch belastbare Studien vor.

Neben allen guten Argumenten für Lebensqualität, Jahren der Aktivität, der Krankheitsvermeidung und allem, was zum Wohlbefinden gehört, hier liegt der ökonomisch belastbare Kern der Präventionsdebatte.

Zum Konzept eines Präventionsgesetzes

Wer steuern will und die Instrumente, Kompetenzen und Finanzen dazu arrangieren muss, braucht Ziele. Deshalb kommt der Entwicklung von Gesundheitszielen etwa im Rahmen der von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung jetzt auch mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelten Gesundheitszielbestimmung (*gesundheitsziele.de*) große Bedeutung zu.

Daraus können sich leicht präventionspolitische Zielbündel ableiten lassen, für die das vom Bundesgesundheitsministerium initiierte und von allen präventionspolitisch beteiligten Akteuren getragene Forum für Prävention eine geeignete Plattform sein

kann. Dort wären dann die prioritären präventionspolitischen Ziele zu konkretisieren, die sich bereits aus der gegenwärtigen Diskussion um die Zielbündel "Ernährung", "Bewegung", "Sucht" und "Stress" ranken.

Hier wäre auch zu bestimmen, inwieweit die Akzeptanz der Bevölkerung für Vorsorge und Früherkennung durch geeignete Maßnahmen zu steigern wäre. Insoweit kommt es auf dieser abstrakten bundespolitischen Ebene darauf an, allgemeine Ziele zu definieren und konkrete Umsetzungsschritte in den jeweiligen präventionspolitischen Zusammenhängen durch geeignete Schwerpunktsetzung in Kampagnen zu unterstützen. Bundesweite oder landesbezogene Kampagnen könnten die Vielzahl individueller Akteure in ihrer Arbeit erheblich unterstützen, indem diese sich einbinden in einen überregionalen, wiedererkennbaren, attraktiven und von vielfältigen Medien in geeigneter Weise multiplizierten Kern des präventionspolitischen Anliegens. Ziele, verbunden mit evaluierten Konzepten, und transportiert mit der Vielfalt mediengestützter Ansprache könnte der bundespolitische Beitrag einer wirksamen Präventionsstrategie sein.

Es geht bei der Zielbestimmung immer auch um die Einordnung, wo die jeweilige Maßnahme auf dem Kontinuum zwischen konkreter Verhaltensänderung Einzelner und Einflussnahme auf die Lebensverhältnisse insgesamt anzusiedeln ist. Wird ein mehr individuell nützlicher oder graduell mehr bevölkerungsorientiert nützlicher Ansatz verfolgt? Diese Verortung der Ziel-/Mittelverhältnisse ist deshalb wichtig, weil es allen politischen Instanzen, allen Trägerstrukturen und den einzelnen Akteuren, die Bestimmung ihrer jeweiligen Zielkategorien und Mittelverwendungen sehr transparent unterscheiden hilft.

Die aus dieser Zielebene abgeleitete Trägerkompetenz, die dann auch Rückschlüsse auf die finanziellen Zuständigkeiten gibt, ist analytisch leistbar. Immer dann, wenn der Focus auf individuell erreichbare Personen gerichtet ist und die Ursache-/Wirkungsbeziehung die Vermeidung nachfolgender Krankheiten, auch die Minimierung deren Risikopotenzialen, ist die Krankenversicherung auch im finanziellen Obligo. Hier sind die Ansätze des § 20 notwendige, wenngleich noch nicht hinreichende Grundlagen, denn es bleibt die Unsicherheit bezüglich der Erreichbarkeit von Zielgruppen und die präventionspolitische Erkenntnis, dass diese Erreichbarkeit eng mit den Lebensumständen, mit konkreten Lebenssachverhalten, in Milieus, im Beruf, im sozialen Umfeld vor Ort, in der Schule, in den Kindergärten, also dort möglich ist, wo vergleichbare, individuelle Erwartungen sich bündeln.

In diesem so genannten Setting-Ansatz bleibt die Krankenversicherung so lange auch finanziell gefordert, wie dies durch geeignete Finanzierungsstrukturen in ihrem überindividuellen Bezug zum Versicherungsverhältnis organisierbar ist. Bei diesem Sachverhalt zeigt sich jedoch sehr deutlich, dass hier die Kommunen, die Länder, andere Sozialversicherungsträger ihren Beitrag, speziell auch ihren finanziellen Beitrag zur Organisation sinnvoller Setting-Ansätze einzubringen haben. Die Reduktion dieser Ansätze auf die Finanzkraft der GKV wäre ein zentraler Verstoß gegen die Philosophie, dass Beitragsmittel individuelle Mitglieder- und Versichertenbezüge konstituieren.

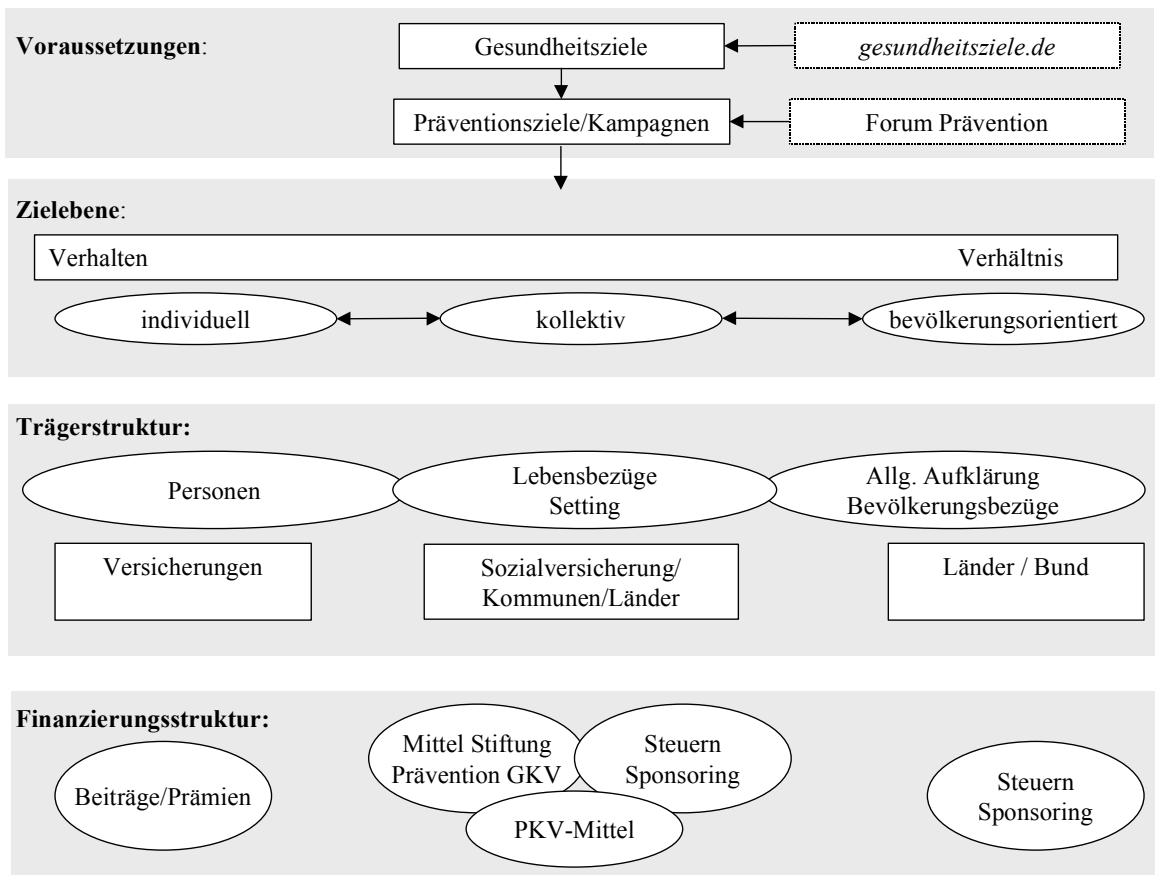
Ist im Präventionsansatz der Bezug zur Person in ihren Lebensumständen verlassen und richten sich präventionspolitische Anliegen auf kollektive, in einem regionalen Bezug oder auf bevölkerungsweite Aktionen, insbesondere die der Aufklärung, ver-

lässt man systematisch auch die Verantwortung von mitgliederbezogenen Sozialversicherungen und befindet sich im Feld des öffentlichen Gesundheitsdienstes und damit in der Kompetenz der Kommunen, der Länder und/oder des Bundes.

Ein solches Kontinuum, wie in nachfolgender Abbildung noch einmal skizzenhaft dargestellt, würde schließlich als letzte Ebene der Zuordnung nach der Trägerverantwortung die Finanzverantwortung aufrufen und lösen können.

Immer dann, wenn Versicherungen geeignete Träger von Maßnahmen - wegen ihres Bezugs zur versicherten Person und ihrer Familie (wegen der beitragsfreien Mitversicherung) - sind, ist die Beitragsfinanzierung aus den jeweiligen Mitteln des zuständigen Sozialversicherungstyps, also z. B. der gesetzlichen Krankenversicherung sinnvoll und angezeigt. Die Diskussion sollte aufnehmen, dass für die Übertragung dieser Gedanken auf andere Sozialversicherungszweige dort ein entsprechender Präventionsauftrag (Rentenversicherung, Pflegeversicherung) erst formuliert werden muss. Der § 20 böte für die GKV den gesetzgeberischen Rahmen. Seine Erweiterung in Richtung Finanzierung von Setting-Modellen ist nicht nur in der Diskussion, sondern durch die von den Spitzenverbänden der Krankenversicherung für dieses Frühjahr avisierte Gründung einer Stiftung "Prävention" auch konkret organisationspolitisch vorbereitet. Die Zusammenführung von Versicherungsgeldern in einer Stiftungsfinanzierung bietet die Grundlage für die überindividuelle Finanzierung von Setting-Ansätzen im kommunalen, regionalen, landesbezogenen Kontext und in den jeweils präventionspolitisch sinnvollen Setting-Modellen.

Mögliche Struktur eines Präventionsgesetzes



© Re 2004

Die finanzpolitisch saubere und zielführende Unterscheidung und Ergänzung bezüglich der Zuständigkeit öffentlicher Etats muss hier nicht nur eingeklagt werden, sondern damit steht und fällt die Sinnhaftigkeit der Architektur eines modernen Präventionsgesetzes. Insbesondere dürfen hier nicht weitere ordnungspolitische und finanzpolitische Verstöße gegen den Grundsatz der Verwendung von Versicherungsgeldern für versicherungsrelevante Fragen erlaubt sein. Weitere Elemente der Umverteilung zugunsten öffentlicher Budgets wäre in Anbetracht der politischen Diskussion um die Zukunft der GKV eine schwere Glaubwürdigkeitskrise für die handelnde Politik.

Dem Forderungskatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 26. September 2003 ist deshalb uneingeschränkt zuzustimmen:

1. Prävention in Deutschland muss sich an konsentierten nationalen Gesundheitszielen orientieren. Das Präventionsgesetz hat das Verfahren der Zielbildung sowie die daran beteiligten Akteure zu definieren.
2. Der bisher auf die GKV beschränkte Grundsatz der Ausrichtung der Präventionsleistungen auf die Verringerung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen muss allen Akteuren auferlegt werden.

3. Alle verantwortlichen Akteure auf Bundes- und Landesebene sind im Gesetz mit ihren Aufgaben und ihrer Finanzierungsverantwortung zu benennen. Ein reines Leistungsgesetz für die Träger der Sozialversicherung lehnen die Spitzenverbände der Krankenkassen ab.
4. Auf Bundesebene ist die Zusammenarbeit zwischen den Verantwortung tragenden Akteuren über Rahmenvereinbarungen und gemeinsame Empfehlungen zu verbessern.
5. Eine koordinierte Prävention und Gesundheitsförderung muss auch die landesgesetzlich geregelten Bereiche des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und des Schulwesens einbeziehen. Der Bund unterstützt und koordiniert die erforderlichen Anpassungsprozesse in den Ländern.
6. Ein Präventionsgesetz soll zu mehr Prävention in der Praxis führen. Funktionierende Strukturen, Prozesse und Erfahrungen in den Krankenkassen in der individuellen Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung müssen deshalb erhalten bleiben.
7. Gemeinschaftlich zu lösende Aufgaben dürfen nicht allein aus Mitteln der GKV finanziert werden.
8. Die im Bereich der GKV entwickelten Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung sind auf die anderen Präventionsakteure auszudehnen.
9. Bei der Planung staatlicher und privater Großprojekte sind Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen verpflichtend als Bestandteil der Planungsprozesse zu verankern.

Karsten Mankowsky

Gesundheitsdezernent des Rhein-Kreis
Neuss



Strukturen und Erträge erfolgreicher Prävention

Herr Senator Rehaag,
meine sehr verehrten Damen und Herren,

es ist für mich eine große Ehre, auf Einladung der Freien und Hansestadt Hamburg hier an diesem parlamentarischen Abend über die Strukturen und Erträge der Gesundheitsförderung im Rhein-Kreis Neuss berichten zu dürfen. Ich bin nicht nur deshalb sehr gerne hierher gekommen, weil der Rhein-Kreis Neuss sich seit vielen Jahren die Gesundheitsförderung auf die Fahnen geschrieben und dies 1990 durch die Mitgliedschaft im Gesunde Städte Netzwerk manifestiert hat. Gerne oute ich mich hier auch als „Buten-Hamburger“, der zwar mit dem 18. Lebensjahr seine Heimatstadt zum Studium in Richtung Konstanz verlassen hat, der aber natürlich immer gerne in die schönste Stadt der Welt zurückkehrt und sei es in diese Exklave in Berlin.

Zunächst ein Vorwort zum Rhein-Kreis Neuss. Die geographische Lage unseres Kreises ergibt sich durch die Namensänderung von Kreis Neuss auf Rhein-Kreis Neuss fast von selbst. Die großen Vorzüge des Rhein-Kreises hängen mit der günstigen Lage inmitten der Großstädte Düsseldorf und Köln zusammen. Wir sind mit 450.000 Einwohner der 10. größte Kreis Deutschlands, sind allerdings nicht nur sehr städtisch und von großen Industrien wie Bayer und RWE geprägt, sondern haben auch eine sehr starke Landwirtschaft, die immerhin die Hälfte der Kreisfläche beansprucht. Daneben ist der Mittelstand sehr stark vertreten, so dass es eigentlich kein Wunder ist, dass wir jetzt bestätigt bekommen haben, zum 11. Mal in Folge das größte Wirtschaftswachstum aller Kreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen aufzuweisen.

Bemerkenswert ist auch die gute Verkehrsgunst des Kreises mit dem Rhein als Hauptachse, die schon von den Römern vor über 2.000 Jahren erkannt worden ist. Diese ließen sich ja bereits vor Christi Geburt für mehrere Jahrhunderte am Rhein nieder.

Mein kleiner Vortrag wird sich jetzt in 3 Abschnitte gliedern. Zunächst möchte ich Ihnen kurz die Entwicklung der Strukturen im Bereich der Gesundheitsförderung im Rhein-Kreis Neuss schildern. Insbesondere werde ich die Gesundheitskonferenz ansprechen, aber auch die von uns durchgeführten Gesundheitsprojekte, die bestimmten Qualitätsstandards entsprechen müssen. Des Weiteren werde ich zum Abschluss meines kleinen Vortrages auf die Erträge unserer Maßnahmen zu sprechen kommen.

Zu den Strukturen:

Zentrales Struktur-Element ist unsere Gesundheitskonferenz. Die ersten Gehversuche einer solchen Konferenz liegen schon fast 14 Jahre zurück. Ehrlicherweise muss ich berichten, dass diese Konferenz nicht von Anfang an eine Erfolgsgeschichte gewesen ist. Dies hat sicher auch etwas mit der sehr heterogenen Teilnehmerstruktur zu tun.

Mitglieder

ca. 30

ca. 50

Stimmberechtigte Mitglieder

- ♦ Apothekerkammer
- ♦ Ärztekammer
- ♦ Freie Wohlfahrtsverbände
- ♦ Gesetzliche Krankenversicherung
- ♦ Gesetzliche Pflegeversicherung
- ♦ Gesetzliche Rentenversicherung
- ♦ Gesetzliche Unfallversicherung
- ♦ Kassenärztliche Vereinigung
- ♦ Kassenzahnärztliche Vereinigung und Zahnärztekammer
- ♦ Kreisgesundheitsamt
- ♦ Kreissportbund
- ♦ Private Krankenversicherung
- ♦ Selbsthilfegruppen
- ♦ stationäre Einrichtungen der Krankenversorgung

Beratende Mitglieder

- ♦ Ärztliche Direktoren der Krankenhäuser
- ♦ Gesundheitsforum Dormagen
- ♦ Gleichstellungsbeauftragte
- ♦ Hauptverwaltungsbeamte der Städte und Gemeinden des Kreises Neuss
- ♦ Kinderschutzbund
- ♦ Pflegekonferenz
- ♦ privatwirtschaftliche Unternehmen
- ♦ PSAG
- ♦ Psychiatriekoordinator
- ♦ Sozialdezernat des Kreises Neuss
- ♦ diverse weitere Akteure / Institutionen

Für die Konferenz standen darüber hinaus weder eigene Finanz- noch besondere Personalressourcen zur Verfügung. Auch hatte unser Gesundheitsamt seinerzeit noch keine eigenen Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsförderung vorzeigen können. Einen echten Mehrwert konnten die Teilnehmer aus dieser ersten Gesundheitskonferenz aber auch aus den folgenden Konferenzen nicht ziehen. Da verwundert es nicht, dass diese Konferenzen zunächst nur alle 2 Jahre zu Stande gekommen sind.

Schließen wir einmal die Augen und machen eine Zeitreise in das Jahr 2002. Inzwischen finden die Gesundheitskonferenzen bei uns im Halbjahres-Rhythmus statt. In Arbeitsgruppen zu den Themen Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, Selbsthilfe und Gereontopsychiatrie werden konkrete Projekte beschlossen und - wie zuletzt eine breit angelegte Schlaganfallkampagne mit Unterstützung von Kassen, Unternehmen und Selbsthilfegruppen - auch durchgeführt.

Inzwischen haben wir über den Rhein-Kreis Neuss hinaus Aufmerksamkeit gefunden. Zuletzt wurde unsere gute Arbeit durch das Gesunde Städte-Netzwerk Deutschlands bestätigt, das den Rhein-Kreis Neuss als „Kompetenzzentrum für Kinder und Jugendgesundheit“ ausgezeichnet hat.

Für den Bedeutungswandel der Gesundheitskonferenzen gibt es gute Gründe. Ganz wichtig: Nach inzwischen 12 Gesundheitskonferenzen haben die Akteure unseres Gesundheitswesens zueinander Vertrauen gefunden. Der Kreis stellt eigenes Personal für die Vorbereitung und – fast noch wichtiger – Nachbereitung und Umsetzung der Beschlüsse der Gesundheitskonferenz zur Verfügung.

Einen zusätzlichen Schub hat es im Jahr 1998 mit dem neuen Landesgesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst gegeben. Dieses Gesetz definiert die Rolle der Kreise und kreisfreien Städte im Gesundheitssystem neu. Zwar werden die gesundheitspolizeilichen Aufgaben nicht abgeschafft. Es wird aber ein neuer Schwerpunkt im Bereich Gesundheitsförderung und Koordination festgeschrieben. Die Durchführung von Gesundheitskonferenzen werden als Pflichtaufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes definiert.

Nun zu unseren Gesundheitsprojekten. Ausgangspunkt unserer mit der Gesundheitskonferenz auf den Weg gebrachten Gesundheitsförderprojekte war die 1994 veröffentlichte über 200 Seiten starke Studie „Gesundheit im Kreis Neuss“ von Prof. Volker Rittner (Institut für Sportsoziologie der Universität Köln). Diese Studie basiert insbesondere auf eine Bevölkerungsumfrage unter mehr als 4000 Einwohnern des Kreises.

Die Ergebnisse der Studie lassen sich kurz wie folgt in 2 Punkten zusammenfassen:

Der Kreis verfügt über ein gut ausgebautes Gesundheitssystem im ambulanten wie im stationären Bereich; sprich es gibt genügend Allgemeinkrankenhäuser und Spezialkliniken wie auch eine gute Versorgung mit Allgemeinpraxen und Fachmediziner.

Bei den sogenannten lebensstilbedingten Krankheiten zeigt sich verstärkt Handlungsbedarf. So beklagten 58 % der befragten Bevölkerung über 18 Jahren über Rücken- und Gelenkprobleme. Mehr als 30 % nannten Herzkreislauf-Schwierigkeiten.

Die Ergebnisse unserer Schuleingangs-Untersuchungen korrespondierten mit diesen Befunden.

Als Konsequenz aus der Studie wurden verschiedene Gesundheitsprojekte des Kreises angeschoben, die überwiegend gemeinsam mit Kassen finanziert worden sind und teilweise auch finanziell vom Land unterstützt wurden:

Ich gebe zu, dass in der Anfangsphase die Projekte – z. B. Aktionstage an Schulen oder Gesundheitstage auf Marktplätzen – durchaus von Aktionismus geprägt waren. Sie erinnerten manchmal an Karriere eines Luftballons: Ein fulminanter Start, das Erreichen schwindelnder Höhen. Doch dann sinkt er erst langsam und plötzlich immer schneller zu Boden. Kurze Zeit darauf ist er vergessen.

Immerhin haben wir daraus gelernt. Als Messlatte gilt heute, Projekte langfristig anzulegen und möglichst breite Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Weiter legen wir Wert auf die Evaluierung der Maßnahmen. Darüber hinaus ist die Einbindung der Aktivitäten in die Gesundheitskonferenz zentral. Ich möchte dies an einem Beispiel erläutern.

Bereits seit 1996 führt der Rhein-Kreis Neuss das Projekt „Hüpfdötchen – Kindergärten in Bewegung“ durch. Mit diesem Projekt wollen wir durch die Verknüpfung von Verhaltens- und Verhältnisprävention mehr Bewegung in den Kindergarten-Alltag bringen. Ob der Turnraum den ganzen Tag für die Kinder offen steht, die Flure in Bewegungsspiele mit einbezogen werden – Ziel ist es, den Kindern mehr Bewegungsräume zum Spielen und Toben zu geben.

Auftakt in einem jeweiligen Kindergarten bildet immer ein Elternabend, an dem neben ein Projektmitarbeiter des Kreises auch der örtliche Kinderarzt und im Idealfall auch der örtliche Sportverein teilnimmt, der somit die Möglichkeit erhält, die Angebote des Vereins den Eltern unmittelbar vorzustellen. Der Projektmitarbeiter des Kreises führt in der Folge Fortbildung mit den Erzieherinnen durch. Sie werden praktisch geschult z. B. für Spiele zur Sinneswahrnehmung, zur Entspannung oder für das Thema „Bewegung in kleinen Räumen“.

Das Projekt läuft jetzt seit mehr als 7 Jahren. Knapp die Hälfte unserer rd. 200 Kindergärten hat sich bereits beteiligt und dafür entschieden, auch langfristig beim Thema Bewegung am Ball zu bleiben. Das Interesse der Kindergärten ist in den vergangenen Jahren sogar noch gestiegen, obwohl wir wegen knapper öffentlicher Mittel auch einen eigenen Beitrag von je 125 € von den Kindergärten erheben mussten.

Für die kommenden Jahre haben wir uns zum Ziel gesetzt, die Gesundheitsförderung in Schulen und Kindergärten noch systematischer auszubauen. Dazu haben wir interessierten Schulen und Kindergärten angeboten, sich in einem Netzwerk gesunder Schulen und Kindergärten zusammen zu schließen. Dieses Angebot wird von inzwischen 20 Institutionen wahrgenommen.

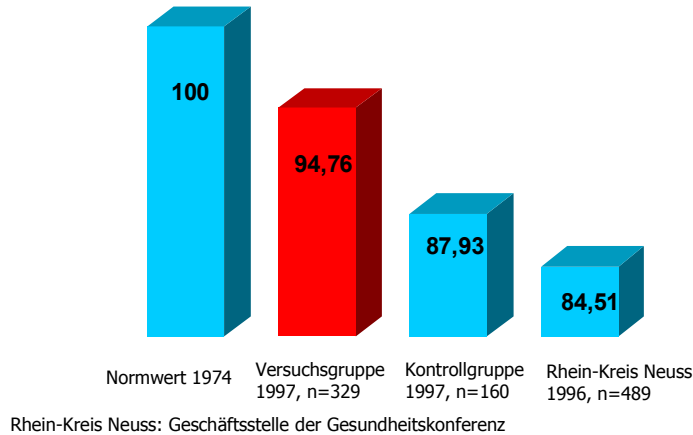
Meine Damen und Herren, ich komme jetzt zum letzten, auch zum schwierigsten Abschnitt meines Vortrages, nämlich zur Beantwortung der entscheidenden Frage: Was haben die Aktivitäten gebracht? Schwierig ist die Beantwortung der Frage vor allem dann, wenn ein letzter wissenschaftlicher Beweis verlangt wird.

Wenn ich mein Umweltamt frage, was passiert mit den Fischen, wenn unser Trietbach eine Woche trocken fällt, werde ich vom Amt eine eindeutige Antwort bekommen. Wenn ich das Gesundheitsamt frage, was passiert, wenn ich Gesundheitsfördermaßnahmen in Kindergärten durchführe, ist die Antwort schon allein aus methodischen Gründen weniger exakt.

Das methodische Problem liegt daran, dass ich nicht exakt vergleichend messen kann, was passieren würde, wenn nichts passiert in Sachen Gesundheits- und Bewegungsförderung. Denn die Randbedingungen der Kontrollgruppe stimmen nie zu 100 % mit denen der Interventionsgruppe überein. Die intellektuelle Redlichkeit gebietet auf jeden Fall größte Vorsicht mit vergleichenden Bewertungen. Trotzdem gibt es klare Tendenzen. So wurden in der Anfangsphase des Projektes die Ergebnisse genau nachgehalten und zwar mit einem standardisierten Körperkoordinationstest für Kinder (KTK).

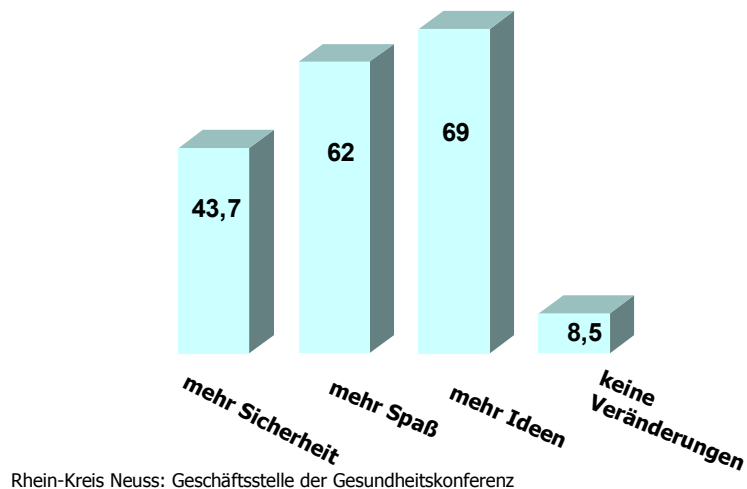
Evaluation

KTK für Kinder: Endwert



Interessant sind die Unterschiede zwischen Interventions- oder Kontrollgruppen nach einem halben Jahr. Offensichtlich haben sich die Mühen gelohnt. Dies zeigt auch eine Befragung der Erzieherinnen, von denen 85 % das Projekt als sehr effektiv einschätzen. Doch wie sieht es mit den langfristigen Wirkungen aus? Dazu wurden Kindergärten aus der Anfangsphase des Projektes bis 4 Jahre später erneut befragt. Bei einer Rücklauf-Quote von 70% fällt auch hier dies Ergebnis durchaus positiv aus.

Kindergartenalltag vor u. nach dem Projekt im Vergleich: Erzieherinnen bei der Anwendung von Bewegungsspielen: „Ich habe ...“



Vergleiche mit landesweiten Zahlen geben weitere Hinweise: So haben 2001 bei den standardisierten Schuleingangsuntersuchungen NRW-weit knapp 18 % der Kinder Bewegungsauffälligkeiten gezeigt. Im Kreis Neuss liegt dieser Wert bei 10 %.

Zahlen

Schuleingangsuntersuchung Rhein-Kreis Neuss:

Motorische Störungen

2000: 12,6%

2001: 9,8%

2002: 10%

Rhein-Kreis Neuss: Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz

Meine sehr verehrten Damen und Herren;
Alles was Spaß macht, ist entweder ungesund, unmoralisch oder macht dick. Dieser Satz wird Marilyn Monroe zugeschrieben. Er macht die Herausforderungen für die Gesundheitsförderung deutlich.

Da ist ein gutes Signal, dass mit dem Präventionsgesetz mehr Mittel bereit gestellt werden sollen. Aber bleiben wir ehrlich und hüten uns vor vorschnellen Analogie-Schlüssen: Mehr Geld bedeutet nicht gleichzeitig mehr Erfolg. Ich hätte durchaus Zweifel, dass man mit teuren Anzeigen-Kampagnen menschliches Gesundheitsverhalten wirklich nachhaltig ändern kann.

Für mich steht fest, dass wir lebensstilbedingten Krankheiten nur gegensteuern können, wenn wir es schaffen, in die Nadelöhre der Lebensstile zu kommen. Dies ist eine mühevoll Sisyphus-Arbeit. Und nach meinen Erfahrungen können wir dies am besten vor Ort erreichen: in den Städten, in den Gemeinden, in den Kreisen. Hier haben wir den Zugang zu Kindergärten zu Schulen und zu Spielplätzen.

Bei der Verteilung dieser zusätzlichen Mittel liegt es eigentlich auf der Hand, bewährte Strukturen einzubeziehen. Die im Rhein-Kreis Neuss seit Jahren etablierte Gesundheitskonferenz drängte sich für mich geradezu auf.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
der Rhein-Kreis Neuss, aber auch viele andere Kommunen, bieten sich an, gemeinsam mit Ihnen Eugen Roth zu widerlegen, der einmal festgestellt hat:

„Was bringt den Doktor um sein Brot, a) die Gesundheit, b) der Tod.
Drum hält er uns, damit er lebe, zwischen beidem in der Schweben“.

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock

Leiter der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)



Perspektiven einer erfolgreichen Prävention und Gesundheitsförderung

Ein explizites Ziel des geplanten Präventionsgesetzes besteht in der Festlegung und Definition zentraler Begriffe, Konzepte und Kategorien der primären Prävention. In diesem Beitrag wird dazu ein Vorschlag unterbreitet, der sich auf (a) das Verhältnis zwischen Prävention und Gesundheitsförderung, (b) die Klassifizierung nach den Interventionsebenen Individuum, Setting und Bevölkerung sowie (c) die Unterscheidung zwischen Strategien der Information, Aufklärung und Beratung einerseits und solchen der Beeinflussung des jeweiligen Kontexts bezieht.

Ob Prävention mit Gesundheitsförderung tatsächlich zu einem wesentlichen Teil des Systems der Gesundheitssicherung in Deutschland werden könne, hängt gegenwärtig von Entwicklungen auf einer Vielzahl von Ebenen ab. Viele Fragen sind zu beantworten. Zum Beispiel.: Wer soll in welchen Kooperationsbezügen institutionell zuständig sein? Die Antwort kann nicht allein in der Gründung einer Stiftung – durch wen auch immer – bestehen. Wer soll was finanzieren? Lösungen zu Lasten Dritter dürften keine geeignete Antwort sein. Wie soll Qualität gesichert werden? Wie kann der Zusammenhang zwischen der Entwicklung neuer Interventionen und der Sicherung des dabei anfallenden Wissens organisiert werden? Wer solle wie welche Qualität der Interventionen sichern?

Auf alle diese Fragen möchte ich heute nicht eingehen, sondern mich stattdessen dem eher akademisch-trocken wirkenden Thema der Kategorien und Klassifikationen in der Prävention widmen. Der Ausgangspunkt dafür bildet eine sicherlich den meisten vertraute Erfahrung: Wer kennt sie nicht, diese Zeit raubenden und nervenden Debatten darüber, was nun Verhältnis- und was Verhaltensprävention ist, was den Unterschied zwischen Gesundheitsförderung im Setting und einem gesundheitsförderlichen Setting ausmacht und in welchem Verhältnis Gesundheitsförderung und Prävention eigentlich stehen.

Angesichts dessen ist es löblich und verdientvoll, dass mit der Produktion des Präventionsgesetzes auf Bundesebene das erklärte Ziel verfolgt wird, zentrale Begriffe, Konzepte und Kategorien auf diesem Handlungsfeld zu klären und zu definieren. Das ist nicht nur eine akademische Frage – denn die Lösung muss auch in der Praxis möglichst missverständnisfrei verwendbar sein. Es ist auch nicht nur eine Frage von richtig oder falsch, sondern auch eine Frage von praktisch und unpraktisch. Schließlich ist Begriffs- und Konzeptbildung immer auch eine Frage der Konvention. Zu fordern sind also Begriffe und Kategorien, die es erlauben, den gegebenen Stand und die absehbare Entwicklung primärpräventiver Aktivitäten möglichst frei von Wider-

sprüchen und Überlappungen abzubilden, und die dazu noch eingängig, plausibel, mehrheitsfähig sowie auch administrativ handhabbar sind.

Einen Vorschlag dazu möchte ich an dieser Stelle in aller Kürze unterbreiten:

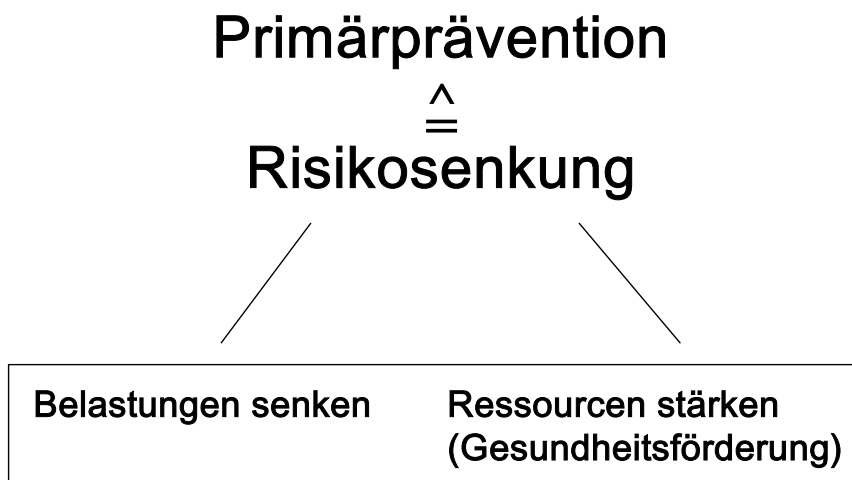
1. Beginnen wir mit dem Titel dieses Beitrages, in dem von „Prävention und Gesundheitsförderung“ die Rede ist. In welchem Verhältnis stehen diese beiden Begriffe eigentlich zueinander?

„Gesundheitsförderung“ ist streng genommen weder eine Strategie noch ein Handlungstyp. Folgt man der Logik der Ottawa-Charta der WHO (1986), der wir dieses Konzept zu verdanken haben, dann geht es bei der Gesundheitsförderung immer um die individuelle oder kollektive Stärkung von Gesundheitsressourcen im Sinne des Erwerbs von spezifischen und unspezifischen Kompetenzen durch Partizipation und praktische Befähigung.

Es geht bei Gesundheitsförderung also um die Vermittlung bzw. Ermöglichung von Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, Bildung, Einkommen, Information, Transparenz, Handlungswissen, Verhaltensspielräumen, Einbindung in soziale Netzwerke, soziale Unterstützung, Erholungsmöglichkeiten etc. Diese Gesundheitsressourcen werden benötigt, (1) um die psychischen bzw. physischen Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen zu erhöhen, (2) um die Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern, oder (3) um Handlungskompetenzen für die Veränderung solcher Strukturen zu entwickeln bzw. freizusetzen, die (a) entweder direkt Gesundheit belasten oder (b) gesundheitsbelastendes Verhalten begünstigen.

Gesundheitsförderung bezeichnet in diesem Sinne, der auch – implizit – der Formulierung der gegenwärtigen Fassung des § 20 Abs. 1 SGB V (und den GKV-Dokumenten dazu; Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände 2003) zu Grunde liegt, immer das Korrelat zur Belastungssenkung und bildet erst zusammen mit der Belastungssenkung moderne, gesundheitswissenschaftlich fundierte Primärprävention im Sinne der Verringerung des Risikos des Eintritts einer Krankheit oder von Krankheit überhaupt.

Abb. 1: Primärprävention: Belastungssenkung und Ressourcenstärkung



Quelle: Eigene Darstellung

Die inflationäre und irreführende Verwendung des Begriffs ‚Gesundheitsförderung‘ anstelle von Prävention oder als Zusatz zur Prävention ist fachlich verfehlt und gesundheitspolitisch nicht ungefährlich. Auch der Gesundheitsförderung als integralem Bestandteil moderner Primärprävention geht es nicht um etwas ganz Neues/Anderes, um so etwas wie ‚Gesundheit plus‘, sondern letzten Endes geht es immer um die Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten.

Gesundheitsförderung als Ressourcenstärkung ist andererseits ein Querschnittsaspekt einer jeden modernen Gesundheitssicherung, dessen angemessene Berücksichtigung nicht nur in der Primärprävention, sondern ebenso auch in der Kuration, in der Pflege wie in der Rehabilitation notwendig ist. Ganz besonders, wenn es um die Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheit und Gesundheitschancen geht: Prävention für und mit sozial benachteiligten Gruppen ist nur in Ausnahmefällen ohne die Förderung bzw. Vermehrung von gesundheitsdienlichen Ressourcen denkbar oder gar erfolgreich.

2. Verwirrung herrscht auch bei der *Klassifikation von primärpräventiven Aktivitäten*. Auch hierzu ein Vorschlag:

Primärpräventive, d.h. Belastungen senkende und Ressourcen vermehrende Aktivitäten und Strategien lassen sich nur in Ausnahmefällen eindeutig bestimmten Krankheiten zuordnen. Primärprävention folgt nicht der Nosologie, sondern der Logik der Interventionsbereiche (z.B. Arbeit, Wohnen, Erholung, Ernährung, Bewegung etc.).

Auf dieser Basis lassen sich primärpräventive Aktivitäten drei Interventionsebenen zuordnen: dem Individuum, dem Setting und der Bevölkerung. (Anstatt der Bezeichnung ‚Setting‘ verwenden die bekannt gewordenen Papiere zum Präventionsgesetz das Wort ‚Lebenswelt‘, mit den v.a. US-amerikanischen community-Konzepten gibt es breite Überlappungen).

Je nachdem, ob die Intervention sich auf Information, Aufklärung und Beratung beschränkt oder ob sie auch Hilfen zur Veränderung gesundheitsbelastender bzw. res-

sourceshemmender Faktoren der jeweiligen Umwelt/des jeweiligen Kontextes einschließt, ergeben sich sechs Strategietypen. Dazu einige Beispiele:

Abb.2 : Typen und Arten der Primärprävention

Information, Aufklärung, Beratung Beeinflussung des Kontexts

Individuum	z. B. Gesundheitsberatung	z. B. ‚präventiver Hausbesuch‘
Setting	z. B. Anti-Tabak Aufklärung in Schulen	z. B. Betriebliche Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung
Bevölkerung	z. B. ‚Esst mehr Obst‘, ‚Sport tut gut‘, ‚Rauchen kann tödlich sein‘	z. B. HIV/Aids-Kampagne

eigene Darstellung

Für jeden dieser sechs Strategietypen lassen sich zweckmäßige Einsatzfelder identifizieren, jeder der damit verbundenen Handlungstypen erfordert unterschiedliche Instrumente, Ressourcen, Akteurkonstellationen und Methoden der Qualitätssicherung.

Es ist eine zentrale gesundheitspolitische Steuerungsaufgabe, dafür zu sorgen, dass je nach Zielgruppe und Gesundheitsrisiko der jeweils angemessene Strategietyp zum Einsatz kommt. Im Selbstlauf tendiert die Politik (auf Makro-, Meso- und Mikro-Ebene) dazu, jeweils auch dann auf weniger komplexe Interventionen (z.B. Interventionsebene Individuum statt Setting sowie/oder Vernachlässigung des Kontextes) zurückzugreifen, wenn Interventionen höherer Ordnung angezeigt wären.

Nur noch einmal zur Klarstellung: Jeder dieser sechs Strategietypen enthält – wenn er nach dem gesundheitswissenschaftlichen *state of the art* durchgeführt wird - sowohl das Moment der Belastungssenkung wie jenes der Ressourcenstärkung, also der Gesundheitsförderung.

3. Von besonderer strategischer Bedeutung ist schließlich die Unterscheidung zwischen *Prävention im Setting* und der *Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings*.

Ein Setting ist ein durch formale Organisation, durch regionale Situation und/oder durch gleiche Erfahrung und/oder gleiche Lebenslage und/oder gemeinsame Werte bzw. Präferenzen definierter, relativ dauerhafter und zumindest ansatzweise verbindlicher Sozialzusammenhang, von dem wichtige Impulse bzw. Einflüsse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen und/oder Gesundheitsressourcen sowie auf (alle Formen der) Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastungen und Ressourcen) ausgehen können.

Setting- (oder Lebenswelt-) Interventionen zielen regelmäßig auf die gleichzeitige und aufeinander bezogene Veränderung von Verhältnissen und Verhalten. Grundsätzlich gibt es zwei Arten der Primärprävention im Setting:

Bei der *Prävention im Setting* wird v.a. die Erreichbarkeit von Zielgruppen im Setting genutzt, um dort Angebote der verhaltensbezogenen Prävention, z.B. im Hinblick auf die Großrisiken Ernährung, Bewegung, Stress, Drogen zu platzieren. Die Spannweite reicht von der Benutzung eines Settings als Ablageplatz für Gesundheits-Informationen für eine bestimmte Zielgruppe bis hin zu speziell für eine oder mehrere Gruppen im Setting partizipativ gestalteten Programmen.

Gesundheitsförderung/Primärprävention im Setting ist zwar im Kern Verhaltensprävention, unterscheidet sich aber von der individuellen Prävention dadurch, dass die Zielgruppe/n nach ihrer Zugehörigkeit zum Setting ausgewählt und dort auch aufgesucht werden, weshalb grundsätzlich vergleichsweise gute Voraussetzungen für die Erreichbarkeit der Zielgruppen und – wenn einschlägige Kommunikation in den Zielgruppen zustande kommt – die Haltekraft von verhaltensmodifizierenden Präventionsprogrammen bestehen.

Gesundheitsförderung im Setting kann auch – meist flankierend oder zur Erleichterung von Verhaltensmodifikationen – mit Veränderungen im Setting selbst verbunden sein und insofern auch Elemente der Verhältnisprävention beinhalten.

Im Gegensatz zur Gesundheitsförderung im Setting und über diesen Ansatz hinausweisend, stehen bei der *Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings* Partizipation und Prozesse der systemischen Organisationsentwicklung konzeptionell im Mittelpunkt. Im Kern steht der Gedanke, durch ermöglichende, initiiierende und begleitende Intervention von außen den Nutzern des Settings das realitätsbasierte Erleben zu vermitteln, dass das Setting von ihnen selbst tatsächlich mitgestaltet werden kann und wird (*empowerment*) und dass auf diese Weise auch relevante Veränderungen im Setting geschehen, die gut sind für Gesundheit und Wohlbefinden.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung, die als Leitbeispiel für die erfolgreiche Anwendung des Ansatzes ‚gesundheitsförderliches Setting‘ gesehen werden kann, ist der Ort der Initiierung der Veränderung und damit dieses Erlebens der Gesundheitszirkel, dessen Vorschläge (im Hinblick auf Ergonomie, Arbeitsorganisation und Führungsverhalten, Training etc.) auf Basis und im Rahmen einer vorher geschlossenen Vereinbarung nach verbindlichen Verfahren umgesetzt werden.

Jedes Projekt der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings ist gewissermaßen eine synthetisch induzierte soziale Reformbewegung für das jeweilige Setting. Insofern in solchen Setting-Projekten auch Angebote zur Unterstützung von Verhaltensmodifikationen vorkommen (und sie tun dies meist auch), besteht der grundsätzliche Unterschied zu ähnlichen oder sogar gleichen Verhaltensinterventionen beim Ansatz ‚Gesundheitsförderung im Setting‘ darin, dass solche Interventionen im Rahmen eines partizipativ gestalteten Prozesses der organisatorischen, sozialklimatischen etc. Veränderung des Settings von den Nutzern des Settings selbst identifiziert, angefordert und meist auch (mit-)gestaltet werden und insofern die partizipative Organisationsentwicklung flankieren.

Im (idealen) Ergebnis soll ein gesundheitsförderliches Setting den Prozess der Organisationsentwicklung derart kontinuierlich machen, dass die dezentralen Erneuerungsprozesse durch die verschiedenen Bereiche des Settings wandern bzw. rotieren und

sich das Setting auf diese Weise kontinuierlich stückweise jeweils in partizipativ gestalteten Diskursen ‚neu erfindet‘.

Im Ergebnis sollen die Nutzer/*stakeholder* des Settings das realitätsbegründete Gefühl haben, sich in einer nach ihren eigenen Bedürfnissen (mit-)gestalteten Umwelt zu bewegen, in der die formellen und informellen, die materiellen wie die immateriellen Anreize und Sanktionen den Abbau von physischen und psychosozial vermittelten Gesundheitsbelastungen sowie Aktivierung und soziale Unterstützung eher nahe legen bzw. belohnen bzw. unterstützen als vor der Intervention.

4. Interventionsebene Bevölkerung

Hierzu gehören zunächst einmal die gesundheitsbezogenen Normen, meist in der Form von Gesetzen und Verordnungen, die uns alle oder bestimmte besonders gefährdete Personengruppen bei der Arbeit, in jedem Gebäude und im Straßenverkehr, beim Erwerb von Lebensmitteln sowie beim Umgang mit Wasser, Luft und Boden vor Gesundheitsrisiken schützen, von deren Existenz wir oft nicht einmal etwas ahnen. Das ist der sozusagen geräuschlose, aber durchaus wirksame Teil der Präventionspolitik für die gesamte Bevölkerung.

Daneben zählen zu den Interventionen auf Bevölkerungsebene Kampagnen. Die meisten Kampagnen (bzw. dessen, was als ‚Kampagne‘ bezeichnet wird) weisen keinen relevanten Kontextbezug auf. (‚Esst mehr Obst‘, ‚Sport tut gut‘, ‚Rauchen gefährdet die Gesundheit‘). Sie sind unaufwändig zu organisieren, haben aber auch ein nur sehr geringes Impact und gehören regelmäßig in die Kategorie ‚symbolische Politik‘.

Das ausgesprochen erfolgversprechende Instrument bevölkerungsbezogener Kampagnen mit Kontextbezug wurde in der Bundesrepublik bislang nur sehr selten angewendet: Große Gesundheits-Kampagnen mit Kontextbezug gab es eigentlich nur drei: Kampagne zum Sicherheitsgurt in den 60er Jahren (sehr erfolgreich) (Vieth 1990), mit der Trimm Dich-Kampagne und der Trimm 130 Kampagne in den 70er Jahren (initial erfolgreich, niemals systematisch evaluiert, wahrscheinlich nicht lange genug durchgehalten) und mit der HIV/Aids-Kampagne v.a. in den 80er und 90er Jahren (zumindest in den zentralen Zielgruppen ca. 15 Jahre sehr erfolgreich) (Rosenbrock 1994: 233-244, Rosenbrock/Schaeffer 2002).

Das Grundmuster dieser Interventionsform kann auch auf andere Großrisiken, wie z.B. das Tabakrauchen, übertragen werden (SVR 2002, Band III). Es steht zu hoffen, dass in der gegenwärtigen Themenkonjunktur zur Präventionspolitik die hier liegenden Chancen erkannt und genutzt werden.

Es wäre für die Diskussion, für die Gesetzgebung und natürlich für die Praxis sehr viel gewonnen, wenn über diese – oder meinetwegen eine andere - Klassifikation primärer Prävention ein Konsens zu erzielen wäre. All zuviel Zeit und Energie werden sonst weiterhin mit der Überwindung – gewollter und ungewollter – begrifflicher Missverständnisse verbraucht.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock ist Leiter der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und lehrt Gesundheitspolitik u.a. an der Technischen Universität Berlin. Er betreibt seit den 70er Jahren Gesundheitsforschung und Politikberatung und ist u.a. Mitglied des Sachverständigenrats für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Email: rosenbrock@wz-berlin.de

Ingrid Robbers,
Hauptreferentin beim Deutschen
Städtetag



Anforderungen an ein Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz aus der Sicht des Deutschen Städtetages

I. Ausgangslage

“Das neue Präventionsgesetz: Wird es das deutsche Gesundheitswesen revolutionieren?” – Mit dieser Frage steht das Thema auf der Tagesordnung zum Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2004 in Berlin. Die Ankündigung von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und die Vereinbarung im Koalitionsvertrag vom 16.10.2002, Prävention zu einer eigenständigen vierten Säule neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege auszubauen, kann als entsprechende Absichtserklärung interpretiert werden.

In dem jetzt vorgelegten Entwurf eines Flyers zur Selbstdarstellung des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung wird ausgeführt: „... Die Stärkung der Prävention geht jedoch weit über das Gesundheitswesen hinaus, sie gilt vielmehr als gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe. Alle beteiligten Organisationen müssen dafür gemeinsame Verantwortung übernehmen“. Auch dies bestätigt die Dimension des Vorhabens aus der Sicht der Bundesregierung, aber auch die hohen Erwartungen, die daran gestellt werden.

Aus kommunaler Perspektive ist zu fragen, sind diese Ziele zu hoch gesteckt?
Die von der Bundesregierung dazu geplante Gesamtstrategie ist:

- ein nationaler Aktionsplan „Prävention“ mit prioritären Gesundheitszielen
- ein Deutsches Forum für Prävention und Gesundheitsförderung zur Umsetzung des Aktionsplans
- ein Gesetz für Prävention und Gesundheitsförderung
- ein nationaler Präventionsbericht der Bundesregierung pro Legislaturperiode

Noch liegt weder ein nationaler Aktionsplan vor, noch konnte ein fundierter Erfahrungsbericht über die Effektivität des Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung abgegeben werden.

Die Einbindung der kommunalen Gebietskörperschaften (und auch der Länder) erscheint bisher ihrem Gewicht und der Bedeutung in der Prävention und der Gesundheitsförderung weder bei der Entwicklung der Ziele noch des Forums angemessen. Hier ist noch ein Entwicklungs- und Lernprozess notwendig, um die Akzeptanz und Effektivität der neu eingeführten Strukturen zu sichern. Das Beispiel der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz aufgelösten Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ist nicht ermutigend!

Im Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung sollen gemeinsame Ziele, Inhalte, Maßnahmen und Instrumente vereinbart werden. Bei zurzeit 63 Mitgliedern aus den verschiedensten Gebieten und der breit gefächerten, bereichsübergreifenden Aufgabe wird dies ein schwieriger Prozess sein, der nur mit dem gemeinsamen Willen aller Beteiligten zu einem Ergebnis zu kommen, gelingen wird. Spätestens bei der Frage der Finanzierung wird sich die Zerreißprobe stellen. Die neu geschaffenen Strukturen des Forums mit einer Koordinierungsgruppe und vier Arbeitsgruppen (Gesunde Kindergärten und Schulen, Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesund altern, Organisation und Recht) müssen die Bewährungsprobe erst bestehen.

In den letzten Monaten ist viel über das Selbstverständnis des Forums diskutiert worden. Es soll auf der Tatsache basieren, dass hier die wichtigsten Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung und auf diese Weise der umfassende Sachverstand in Deutschland zu diesem Thema gebündelt sind. Dadurch soll dem Forum ein hohes politisches Gewicht zukommen. Aus der Sicht der kommunalen Gebietskörperschaften ist es wichtig, von Anfang an in allen Gremien und Arbeitsgruppen kompetent vertreten zu sein. So ist es erstaunlich, dass erst auf Antrag des Deutschen Städtetages hin, eine Vertretung der Kommunen im Koordinierungsausschuss vorgesehen wurde.

Es ist kein Geheimnis, dass der Deutsche Städtetag sich eine Geschäftsordnung gewünscht hätte, die ähnlich wie seinerzeit die der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen keine Mehrheitsbeschlüsse zulässt. Unseres Erachtens können nur im Konsens mit allen Beteiligten und insbesondere den hauptsächlich betroffenen Gruppen ergebnisorientierte Lösungen durchgesetzt werden. Eine Verbindlichkeit für alle kann und sollte nicht vorgegeben werden.

Der Entwurf des Präventionsgesetzes lässt auf sich warten. Bisher kursieren nur offiziell nicht bestätigte Eckpunkte, die im Ministerium mit der gesetzlichen Krankenversicherung, der Renten- und der Pflegeversicherung, die zu einer stärkeren Beteiligung an präventiven Leistungen durch das Gesetz verpflichtet werden sollen, abgestimmt werden. Es ist daher bis heute nicht bekannt, welchen Charakter und welche Inhalte es haben wird. Ist es mehr ein Organisationsgesetz, das bestehende Regelungen zusammenfasst und die Strukturen aufeinander abstimmt oder greift es weiter mit neuen Inhalten, Leistungen, Zuständigkeiten und vor allem Finanzierungen?

Es ist daher schwer, zum jetzigen Zeitpunkt Stellung zu beziehen. Beschlussfassungen der Gremien und Organe des Deutschen Städtetages liegen aus diesem Grund bisher nicht vor. Dies stelle ich ausdrücklich meinen weiteren Ausführungen voran.

II. Übergreifender Ansatz, Bündelung der Vorschriften, einheitliche Definition der Begriffe, Bundesausschuss Prävention

Was erwarten die Kommunen unter diesen Voraussetzungen von einem Präventionsgesetz? Das Ziel, mit dem Präventionsgesetz die vielfältigen Ansätze der Prävention auf eine solide Basis zu stellen und bestehende Regelungen zusammenzufassen und zu ergänzen, findet breite Zustimmung. Die beiden umfangreichen Gutachten, die in Vorbereitung des Gesetzentwurfs im Auftrag des BMGS im November 2002 vorgelegt worden sind, müssen zu dem nüchternen Ergebnis führen, dass hier

eine außerordentlich schwierige Aufgabe zu bewältigen ist, die – soll sie gelingen – nicht im Hauruckverfahren zu erledigen ist.

Die Überlegungen des BMGS zu Beginn der Beratungen, zunächst eine Beschränkung des Umfangs vorzunehmen, um das Gesetz noch in dieser Legislaturperiode zu verabschieden, ist daher verständlich. Danach könnte in einem weiteren künftigen Schritt das Gesetz um die Bereiche der Verhältnisprävention sowie um die Bereiche Arbeitsförderung (SGB III) und Kinder- und Jugendhilfe (KJHG) ergänzt werden. Es sollte – so das BMGS - zunächst der gesamte „verhaltenspräventive Bereich“ angefangen von der Primär- bis zur Tertiärprävention – erfasst werden. Ob es bei dieser Absicht geblieben ist, ist nicht bekannt.

Aus der Sicht des Deutschen Städtetages erscheint – ohne dass dies bisher offiziell abgestimmt ist - eine Beschränkung des Gesetzgebers allein auf den verhaltenspräventiven Bereich als zu kurz gegriffen. Aus der Sicht der Kommunen, die einerseits der Daseinsvorsorge verpflichtet sind und andererseits Träger des ÖGDG sind, kommt insbesondere der Verhältnisprävention ein hoher Stellenwert zu, um insbesondere auch Benachteiligungen bestimmter Bevölkerungsgruppen zu beseitigen und die Lebensumwelt gesundheitsverträglich zu gestalten.

Prävention muss daher als gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe geregelt werden, die auch andere Politikressorts wie Umwelt- und Verbraucherschutz, Verkehr, Städtebau, Bildung, Arbeit und Wirtschaft mit einbindet. Heute sind die Verantwortlichkeiten verteilt auf Bund, Länder und Gemeinden, Sozialversicherungsträger, Leistungserbringer, freie Träger, private Unternehmen, im Gesundheitswesen Tätige und die Bürger und Bürgerinnen selbst. Es ist daher ein integriertes Gesamtkonzept notwendig, das alle Politikfelder und alle Beteiligten einem Leitbild verpflichtet und Prävention und Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe vorgibt.

Der Vorschlag eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung für Gesetzesvorhaben anderer Politikbereiche analog zur Umweltverträglichkeitsüberprüfung vorzuschreiben, wonach die Gesundheitseffekte neuer gesetzlicher Regelungen von Anfang an mitzubedenken sind, sollte wegen des notwendigen übergreifenden Ansatzes aufgegriffen werden.

Wichtig ist es, zunächst die Begrifflichkeiten zu klären und eine einheitliche Definition von Prävention und Gesundheitsförderung vorzunehmen ist. Die vielfältigen Vorschriften zur Prävention und Gesundheitsförderung in den verschiedenen Gesetzen (z.B. SGB V – GKV, SGB VI – Rente, SGB VII – Unfallversicherung, SGB IX – Reha und Teilhabe Behinderter, SGB XI – Pflegeversicherung, BVG - Bundesversorgungsgesetz) tragen eher zur Verwirrung bei und erschweren ein gemeinsames Handeln und Verständnis.

Der Vorschlag der vorgenannten Expertise von Prof. Seewald, eine Zuordnung / Zusammenfassung der Regelungen mit präventivem Gehalt unter den verschiedenen Aspekten, mit dem Ziel einer sinnvollen Vereinheitlichung der Terminologie und der Bildung bereichsübergreifender Regelungen vorzunehmen, kann ein sinnvoller Ansatz sein. Dies wäre die Grundlage und Voraussetzung für eine bessere Verständigung zwischen allen Beteiligten.

Es ist aber fraglich, ob – wie nach dem Entwurf der Eckpunkte vorgesehen – eine einheitliche Leistungskonkretisierung in allen Bereichen mit einer einheitlichen Umsetzung der vorgesehenen gesetzlichen Präventionsaufträge von allen Trägern mit gemeinsamen einheitlichen Standards richtig und notwendig ist. Durch organisations- und verfahrensrechtliche Regelungen zur Zusammenarbeit müssen materiellrechtliche Unterschiede spezieller Gesetze wie z.B. Unfallversicherung und SGB V nicht beseitigt werden. Der Vorschlag, analog zum GKV-Modernisierungsgesetz einen „Bundesausschuss Prävention und Gesundheitsförderung“ zu schaffen, der von den Sozialversicherungsträgern eingerichtet werden soll und der in Abstimmung mit den Ländern, Gemeinden, Vertretern der Leistungserbringer und unter Hinzuziehung wissenschaftlichen Sachverständigen die gesetzlich vorgesehenen Leistungen konkretisieren und die Grundsätze der Priorisierung sowie der Qualitätssicherung festlegen soll, ist daher aus unserer Sicht zunächst auf seine Sinnhaftigkeit und Praktikabilität hin zu prüfen.

III. Kooperation und Koordination – steuernde Funktion der Kommunen

Wichtig ist es, die Verknüpfungen aller Regelungsbereiche zu überprüfen und ggf. zu harmonisieren. Bei einer politisch gewollten künftig stärker integrierten Versorgung kommt der Schnittstellenproblematik hohe Bedeutung zu. Hier sind die Übergänge durch eine verbesserte Zusammenarbeit und Koordination der Maßnahmen zu verbessern. Ein Bundesgesetz sollte die Rahmenbedingungen für die erforderlichen Aktivitäten auf allen Ebenen schaffen, soweit die Kompetenzen und Verantwortungsbereiche des Bundes berührt sind. Die gewachsenen Strukturen in den Ländern und Kommunen sollten nicht in Frage gestellt werden. Keinesfalls dürfen Festlegungen getroffen werden, die zu kommunalen Mehrkosten führen.

Die Landesgesundheitsgesetze sollten auf Basis eines Bundesrahmengesetzes die nähere Ausgestaltung der Inhalte, Struktur und Organisation zur Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes regeln.

„Prävention braucht mehr Koordination und Kooperation. Zur Abstimmung über die Verwendung von Präventionsmitteln der Sozialversicherungsträger und deren Kopplung mit Maßnahmen der Länder und Gemeinden werden auf Landes- und Gemeindeebene Gremien eingerichtet, die sich an den Besonderheiten der Länder orientieren und vorhandene Strukturen soweit wie möglich nutzen. Damit können auch Präventionsprozesse über die Leistungen der Sozialversicherungsträger hinaus initiiert unterstützt werden.“ Diese Ausführungen aus den Eckpunkten des BMGS erkennen die zentrale Rolle der Kommunen als geeignete Koordinierungsstelle an.

Die Kommunen stehen seit jeher auf dem Gebiet der Prävention in ihrer Eigenschaft als Verpflichtete für die Daseinsvorsorge und als Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Verantwortung. Sie verfolgen das Ziel, die Gesundheit durch Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken. In der Kommunalpolitik sollten alle Politikbereiche dem Präventionsgedanken verpflichtet werden. Das Gesunde Städte Netzwerk hat hier große Verdienste. Es kann beispielhaft für eine sinnvolle Vernetzung auf den verschiedensten Aktionsfeldern der Kommunalpolitik den Städten dienen, die sich diesem Netzwerk noch nicht angeschlossen haben. Vor allem aber tragen die kommunalen Gesundheitsämter für Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten in den Regionen und Kommunen besondere Verantwortung. Sie sind für diesen Bereich koordinierend und initiiierend tätig und nehmen damit eine

zentrale Rolle ein. Es ist daher sinnvoll, diese Rolle in einem Präventionsgesetz festzuschreiben.

Eine flächendeckende, alle Bevölkerungsgruppen einbeziehende Gesundheitsförderung kann nur auf örtlicher Ebene und im kommunalen Rahmen umgesetzt werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass auch die Bevölkerungsgruppen erfasst werden, die nur unzureichend an der medizinischen Versorgung teilhaben oder mit anderen Präventionsstrategien angesprochen werden müssen. Die Beispiele der Vergangenheit haben gezeigt, dass dies bei den Präventionsangeboten nach § 20 SGB V bisher nicht im erforderlichen Maße eingelöst werden konnte. Auch im GKV-Modernisierungsgesetz wurde festgestellt, dass die Umsetzung der Präventionsaufgaben nach § 20 SGB V nur unzureichend gelungen ist. Prävention ist nur dann erfolgreich, wenn sie auf allen Ebenen abgestimmt und zielgruppenorientiert eingelöst wird.

Die Leistung der Kommunen für die Bürger/innen als auch für einzelne besonders gesundheitlich gefährdete und belastete Gruppen beruht neben dem finanziellen Mitteleinsatz auch auf der multiprofessionellen, fachlichen Kompetenz der kommunalen Fachkräfte in den Ämtern und Fachdiensten. Die Aufwendungen der Kommunen für diesen ganzheitlichen Ansatz übersteigen ein vielfaches der Mittel, die z.B. nach § 20 SGB V der gesetzlichen Krankenversicherung zugewiesen sind. Um das wirkungsvolle Zusammenführen der in Zukunft zur Verfügung stehenden Ressourcen zu ermöglichen, sollte – wie in den Eckpunkten vorgesehen – die steuernde Funktion der Kommunen einschließlich der Verantwortung für die Bewertung der Maßnahmen und Projekte in dem Gesamtkonzept des Präventionsgesetzes verankert und sichergestellt werden. Hierzu ist eine klare Rechtsgrundlage – ähnlich dem § 21 SGB V – zu schaffen, die den Abschluss von Rahmenvereinbarungen verbindlich vorschreibt. Bei Nichteinigung sollte eine Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung vorgesehen werden.

IV. Finanzierung

Die Verantwortung für diese präventive Aufgabenwahrnehmung kann den Kommunen nicht übertragen werden, ohne ihnen die dazu notwendigen Finanzmittel und Finanzierungsinstrumente zu übertragen. Dies ist vor allem ein Gebot des Konnexitätsprinzips, nach dem Aufgabenzuweisungen des Bundes und der Länder an die Kommunen eine entsprechende Finanzausstattung voraussetzen. Nach den bisherigen Erfahrungen und Beispielen aus der Vergangenheit wird eine stärkere Hervorhebung der Kommunen im zuvor beschriebenen Sinn in dem neuen Präventionsgesetz mit tragfähigen Finanzierungen zum Erreichen der Ziele des Gesetzes beitragen.

Es ist daher notwendig, künftig den Mitteleinsatz so zu steuern, dass ein Teil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Praxisfelder öffentlich verantworteter Gesundheitsförderung und Prävention sowie für wissenschaftliche Begleit-evaluation bereitgestellt wird. Eine Verpflichtung der GKV zur Zusammenarbeit ist für die künftige Arbeit von großer Bedeutung. Nur wenn im Gesetz Verträge zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften und der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtend vorgeschrieben werden, kann sich eine auf Dauer angelegte Vertragspartnerschaft entwickeln, auf deren Grundlage die notwendigen Maßnahmen verein-

bart und durchgeführt werden. Diese fehlende Rechtsgrundlage hat bisher die Zusammenarbeit erheblich erschwert.

Die kommunalen Spitzenverbände setzen sich seit Jahren für eine entsprechende Änderung des § 20 SGB V ein, bisher leider ohne Erfolg. Während in einer früheren Fassung des § 20 zumindest entsprechende Vereinbarungen zwischen den Kommunen und den GKV-Verbänden abgeschlossen werden konnten und dies auch praktiziert wurde, sind in der letzten und jetzigen Fassung keine entsprechenden Vereinbarungen vorgesehen. Daher sind viele früheren Vereinbarungen gekündigt oder nicht fortgeführt worden. Die Kommunen sind nach der derzeitigen Fassung nicht einmal nach § 20 Abs. 4 zu beteiligen, wenn die Spitzenverbände der Kassen ein Verzeichnis der Krankheitsbilder beschließen, bei deren Prävention und Rehabilitation eine Förderung zulässig ist. Hier sind nur die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Selbsthilfe zu beteiligen. Es kann nicht sinnvoll sein, dass die GKV-Mittel nur für die Maßnahmen eingesetzt werden, die sie allein vorgeben. Angesichts der breiten Verantwortlichkeit für Prävention ist eine Abstimmung mit den wesentlich beteiligten Kommunen unerlässlich. Dies gilt insbesondere für Präventionsaufgaben, die nur gemeinschaftlich zu lösen sind.

In vielen Kommunen haben sich in den letzten Jahren kommunale Arbeitsgemeinschaften oder Gesundheitskonferenzen gebildet, die erfolgreich u.a. auch auf dem Gebiet der Prävention die Zusammenarbeit mit den Beteiligten bündeln. Diese Instrumente sollten mit dem Präventionsgesetz genutzt und ausgebaut werden.

Nach wie vor hat die Prävention in der Gesundheitsversorgung nur einen marginalen Stellenwert. Die GKV gibt nur ca. 3 % ihrer Mittel für die Prävention aus. Im Bereich der Maßnahmen nach § 21 SGB V (Gruppenprophylaxe) werden die nach der Begründung bei der Einführung dieser Vorschrift vorgesehenen Mittel bis heute nicht einmal von den Kassen eingesetzt. § 20 Abs. 3 SGB V ist daher als positiver Ansatz zu werten, feste Beträge für die Ausgaben pro Versicherten vorzugeben. Prävention und Gesundheitsförderung auszubauen, setzt auch einen verstärkten Mitteleinsatz voraus. Über eine Umschichtung der Mittel zugunsten der Gesundheitsförderung sowie die Erschließung weiterer Mittel über einen Fonds kann der Ausbau der Prävention beschleunigt werden.

Die Erwartung potenzieller Einsparungen aus einer verstärkten Prävention sollte nicht zu hoch sein. Schließlich dienen Prävention und Gesundheitsförderung primär dem Ziel, „körperliches, geistiges und seelisches Wohlbefinden“ zu erhalten und zu bessern. Eine betriebswirtschaftliche Kostennutzenrechnung ist in den meisten Feldern der Prävention so gut wie nicht möglich.

Nur wenn es gelingt, auf kommunaler Ebene die notwendige Kooperation und Koordination aller Beteiligten auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention unter Federführung der kommunalen Gebietskörperschaften herzustellen, kann das Präventionsgesetz mittel- und langfristig ein Erfolg werden.

Podiumsdiskussion

Aus der abschließenden Podiumsdiskussion unter Leitung von **Norbert Lettau**, Behörde für Umwelt und Gesundheit, werden einige wichtige Aussagen schlaglichtartig wiedergegeben:



Norbert Lettau: Die Selbsthilfeunterstützung sollte in das Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz mit aufgenommen werden, weil Selbsthilfe eine große Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung hat.

Monika Hommes, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Das Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz wird einen Beitrag zur weiteren Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung liefern. Das Gesetz verfolgt ein ambitioniertes Ziel, deshalb wird sich das Bundesgesundheitsministerium auch die notwendige Zeit nehmen, damit das Gesetz entsprechend kompetent vorgelegt werden kann (Motto: nicht zu schnell an die Öffentlichkeit treten, dafür aber einen gut vorbereiteten Entwurf präsentieren“). Das BMGS wird keinen Zeitplan mitteilen, intern liegt ein Eckpunktepapier vor, das gegenüber den nicht autorisiert in die Öffentlichkeit gelangten Eckpunkten weiterentwickelt wurde.

Kommunen sind die Seele des Geschehens vor Ort. Deshalb müssen sie gestärkt werden. Ein denkbarer Weg, dies über das Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz zu regeln: Sozialversicherungsträger werden verpflichtet, mit örtlichen Koordinierungsgremien für Prävention und Gesundheitsförderung zusammenzuarbeiten.

Selbsthilfe sowie Prävention und Gesundheitsförderung sind getrennt zu regeln. Selbsthilfe soll ein eigener Regelbereich werden, wegen ihrer hohen Bedeutung soll sie nicht ein „Anhängsel“ sein, wie zur Zeit im SGB V § 20. Die Selbsthilfe soll voraussichtlich im Gesundheitsstrukturgesetz geregelt bleiben.

Prof. Dr. Leonhard Hajen: Die ökonomischen Auswirkungen von Gesundheit und Krankheit müssen mehr als bisher öffentlich diskutiert werden. So kostet etwa jeder Krankheitstag ein Unternehmen durchschnittlich ca. € 300,-. Prävention und Gesundheitsförderung benötigen mehr Geld! Deshalb müssten Alkohol und Tabak weiter steuerlich belastet werden und diese Mittel müssten Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten zugute kommen. Das ist zur Zeit nicht umsetzbar, das Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz kann aber entsprechende Diskussionen anstiften. Die Private Krankenversicherung muss in die Finanzierung einbezogen werden.

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock: Deutschland sollte sich bei seinen Nachbarn umschauchen. Bezogen auf die Finanzierung kann es von der Schweiz und Österreich lernen. Das Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz muss in seinen Aussagen klar sein, die Akteure müssen wissen, was von ihnen erwartet wird, was bei den Bürgerinnen und Bürgern ankommen soll, was die Effekte sein sollen – darüber muss das Gesetz unmissverständlich Auskunft geben. Dabei sind Gesundheitsziele und Qualitätssicherung grundlegende Aspekte, das gehört mittlerweile zum Konsens in Deutschland.

Monika Hommes: Prävention und Gesundheitsförderung sind überwiegend mittelschichtsprägend. Settings sind die einzige Chance, Benachteiligte wirklich zu erreichen. Präventionsziele sollen in das Gesetz verbindlich einbezogen werden, Chancengleichheit soll ein grundlegendes Ziel werden.

Norbert Lettau: Kommunen sind geeignete Orte für Gesundheitsförderung und Prävention. Die Krankenkassen werden eingeladen, für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben die funktionierende Strukturen kommunaler Gesundheitsförderung, wie beispielsweise Gesundheitskonferenzen, zu nutzen. Dieser Blick für die vorhandenen Ressourcen und die vorhandenen erfolgreichen Umsetzungsstrategien sollte die Zusammenarbeit von Kommunen und Sozialversicherungsträgern prägen.

Gesundheit fördern – Ressourcen stärken!
Kommunen sind *die* Orte für Gesundheitsförderung

- 17.00 Uhr Eröffnung und Einführung
- Norbert Lettau**
Leiter des Amtes für Gesundheit und Verbraucherschutz der Behörde für Umwelt und Gesundheit der Freien und Hansestadt Hamburg
- 17.15 Uhr Hamburger Forderungen an ein Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz
- Senator Peter Rehaag**
Präsident der Behörde für Umwelt und Gesundheit der Freien und Hansestadt Hamburg
- 17.30 Uhr Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, (HAG): Ein beispielgebendes Kooperations- und Finanzierungsmodell
- Prof. Dr. Leonhard Hajen**
Vorsitzender der HAG
- 17.45 Uhr Anforderungen an ein Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz aus der Sicht einer Krankenkasse:
- Dr. hc Herbert Rebscher**
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Angestellten Krankenkasse
- 18.00 Uhr Gesunder Rhein-Kreis Neuss - Strukturen und Erträge erfolgreicher Prävention
- Karsten Mankowsky**
Gesundheitsdezernent des Rhein-Kreises Neuss
- 18.15 Uhr Perspektiven einer erfolgreichen Prävention und Gesundheitsförderung
- Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**
Leiter der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin
- 18.30 Uhr Anforderungen an ein Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz aus der Sicht des Deutschen Städtetages:
- Ingrid Robbers**
Hauptreferentin beim Deutschen Städtetag
- 18.45 Uhr Diskussion mit den Referenten und **Frau Monika Hommes**, Referatsleiterin im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, zuständig für die Entwicklung des Präventionsgesetzes
- gegen 20.00 Uhr Einladung zu einem Imbiss (Buffet)

Anmerkung zur Verteilung

Diese Druckschrift wurde im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlkampfwerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bürgerschafts-, Bundestags- und Europawahlen sowie die Wahlen zur Bezirksversammlung. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Die genannten Beschränkungen gelten unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Druckschrift dem Empfänger zugegangen ist. Den Parteien ist jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

