

**Anmerkungen
zu den Eckpunkten der Bundesregierung zu einem Präventionsgesetz
und den Anforderungen aus der Sicht der B-Länder**

von Harry Fuchs, Düsseldorf

1. Eckpunkte der Bundesregierung

Die Eckpunkte der Bundesregierung für ein Präventionsgesetz vom 11.9.2007 basieren auf einer Absichtserklärung in der Koalitionsvereinbarung, die Initiative aus der vorangegangenen Legislaturperiode wieder aufzugreifen und eine „eigenständige Säule der Prävention“ dem System der gesundheitlichen Versorgung hinzuzufügen. Dabei soll die Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention zur gemeinsamen Aufgabe der Sozialversicherungszweige Kranken-, Renten-, Unfall-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung werden. Eine „Stiftung Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention“ in Trägerschaft der beteiligten Sozialversicherungszweige soll u.a. die Entwicklung von Präventionszielen, die Sicherung der Qualität, bundesweite Aufklärung und Durchführung von Modellvorhaben gemeinsam regeln und sichern. Einerseits soll die Durchführung individueller Leistungen „im Verantwortungsbereich des jeweiligen Sozialleistungsträgers“ bleiben. Andererseits wird die Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention in den Lebenswelten gemeinsame Aufgabe aller Sozialversicherungsträger die dafür übergreifende Arbeitsgemeinschaften bilden sollen. Die Mittel für Setting-Leistungen in den Lebenswelten, die den Charakter der gesellschaftlichen Prävention haben, sollen von den Sozialversicherungsträgern und von der privaten Krankenversicherung aufgebracht, entsprechend den Regelungen des § 20 Abs. 2 SGB V jährlich dynamisiert und an einen Fond überwiesen werden. Bund und Länder werden in die Finanzierung nicht einbezogen, sondern sollen „ergänzend“ weiterhin ihrer Verantwortung gerecht werden“.

2. Anforderungen aus der Sicht der B-Länder

Nach Auffassung der B-Länder sind zwar handlungsorientierte, evaluierbare und (möglichst auch quantifizierbare) Gesundheitsziele von besonderer Bedeutung, eine Konzentration auf vordringliche Handlungsfelder und Zielgruppen aber notwendig. Die Bedeutung der Prävention zur Vermeidung von Berentung und Pflege soll deutlich herausgestellt und neben der Primärprävention und Gesundheitsförderung auch die Sekundärprävention und medizinische Leistungen zur Prävention einbezogen werden. Die Verpflichtung der Präventionsträger zur Kooperation insbesondere mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und der Kinder- und Jugendhilfe soll festgeschrieben und die Bundesagentur für Arbeit und die privaten Krankenkassen in den Kreis der Präventionsträger aufgenommen werden. Obwohl die Länder bereits erhebliche Mittel für die Förderung der Prävention aufwenden, sei ein Ausbau der Finanzierungsgrundlagen erforderlich. Neue Gremien sind möglichst zu vermeiden und stattdessen durch klare, möglichst schlanke Gremien- und Verantwortungsstrukturen eine effizientere Ressourcenallokation sicher zu stellen und ein unproduktives Nebeneinander von Angeboten und Gremien zu vermeiden. Die Kompetenz der Länder soll genutzt, auf bereits bestehenden Maßnahmen aufgebaut und die Kooperation mit der kommunalen Ebene gestärkt

werden. Dass Präventionsziele der Bundesebene auf Länder- und Kommunalebene entsprechend der spezifischen Erfordernisse angepasst werden können, ist unabdingbar.

3. Umfassendes Präventionsgesetz oder Gesetz zur gesundheitlichen Prävention

Bereits der Text der Koalitionsvereinbarung sieht einerseits als Ziel des Präventionsgesetzes die Sozialversicherungsträger und –zweige übergreifende Kooperation und Koordination der Prävention vor, will aber andererseits die Prävention nur als eigenständige Säule der gesundheitlichen Versorgung ausbauen. Die Eckpunkte der Bundesregierung sehen demzufolge nur die „Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention“ als gemeinsame Aufgabe der Zweige Kranken-, Renten-, Unfall-, Arbeitslosen und Pflegeversicherung vor.

Tatsächlich enthalten die Sozialgesetze über alle Sozialleistungsträger hinweg eine Fülle an Vorschriften zur Prävention. Ausgehend vom Ersten Sozialgesetzbuch (§§ 21ff SGB I) finden sich in allen Sozialgesetzbüchern und den sonstigen Sozialleistungsgesetzen Regelungen zur gesundheitlichen Prävention (§§ 20 ff SGB V, § 31 SGB VI, § 10 ff BVG , §§ 5, 18, 31, 32 SGB XI, SGB XII) zur Prävention im Arbeitsleben (§§ 1, 2, 5, 61, 77, 97 SGB III, 14 ff SGB VII, § 84 SGB IX), zur Prävention in der Familie (§§ 16ff SGB VIII) sowie zur gesellschaftlichen Prävention (SGB IX, XII).

Die Anforderungen der B-Länder zielen deshalb erkennbar auf ein Präventionsgesetz ab, das neben der gesundheitlichen Prävention auch die Prävention im Arbeitsleben und zumindest eine Kooperation mit der Prävention in der Familie umfasst.

Gesundheit, Arbeit, Familie und gesellschaftliche Teilhabe bilden eine Einheit, deren einzelne Elemente sich gegenseitig indizieren. Prävention, die sich auf die Gesundheit beschränkt, kann nur beschränkt wirksam sein, soweit nicht gleichzeitig gefährdende und belastende Indikatoren aus den übrigen Lebensbereichen angegangen werden.

Auf Grund jeweils unterschiedlicher Entstehungsgeschichten (Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung sind in unterschiedlichen Kontexten wie z.B. dem gesetzlichen Gesundheits- oder Unfallschutz, im Rahmen der medizinischen Versorgung durch Ärzte und andere Gesundheitsberufe, durch Krankenkassen und im Bereich der Betroffenen-Verbände entstanden) haben sich ganz unterschiedliche Kategorisierungssysteme ergeben, die sich teilweise überschneiden, teilweise aber auch nicht miteinander kompatibel sind. Aus den Aktivitäten und Zuständigkeiten ergibt sich, dass Prävention nicht nur eine dem manifesten Krankheitsgeschehen vorgeschaltete und der GKV zugeordnete Phase bezeichnet und dass sich der Interventionsaspekt „Gesundheitsförderung“ nicht auf die Prävention im Sinne des Fünften Sozialgesetzbuches beschränken lässt¹.

Prävention ist ein inter- und multidisziplinäres gesamtgesellschaftliches Erfordernis, das nicht allein auf Gesundheit und Gesundheitsziele ausgerichtet sein darf, sondern

¹ BT-Drs. 14/5660 vom 21.3.2001; Gutachten 200/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit; Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, S. 80, Tz. 133

sich insgesamt auf die Teilhabe des Menschen am Leben in der Gesellschaft und die damit verbundenen Risiken und Beeinträchtigungen ausrichten muss. Auf diesem Hintergrund kann ein Präventionsgesetz nur wirksame Prävention bezogen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gewährleisten, das alle Ziele und präventiven Leistungen Sozialgesetzbücher und Sozialgesetze erfasst, insbesondere auch die der Sozialgesetzbücher VIII, IX und XII sowie das BVG.

4. Gesellschaftliche Prävention und Individualprävention

Die Eckpunkte der Bundesregierung orientieren die Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention ausschließlich am „Lebenswelten-Ansatz“, mit dem nicht einzelne Personen, sondern Gruppen erreicht werden sollen. Es handelt es sich also um Leistungen der gesellschaftlichen Prävention bzw. Verhältnisprävention. Träger dieser Verhältnisprävention sollen alle Sozialversicherungszweige sein.

Auch wenn sich die gewachsenen Ordnungsgesichtspunkte (z.B. Verhaltens- und Verhältnisprävention; individuen- und kontextbezogene Prävention; spezifische und unspezifische Prävention; medizinische und nicht medizinische Prävention; Gesundheitsschutz und Gesundheitsvorsorge) nach Auffassung des Sachverständigenrates sämtlich nicht für trennscharfe, in der Praxis unter Umständen hermetische Abgrenzungen² eignen, dürfen die Leistungen der Sozialleistungsträger zur individuenbezogenen Prävention (Individual-Prävention) nicht etwa wegfallen.

Die Sozialgesetze enthalten bisher fast ausschließlich Leistungen der Individualprävention, die nicht nur auf individuelle, von dem Berechtigten anzustrebenden Gesundheitsziele, sondern auch auf die spezifischen Ziele des jeweiligen Sozialleistungsträgers (Zugang zum Erwerbsleben, Förderung der Familie, Teilhabe am Arbeitsleben) ausgerichtet sind. Diese Präventionsziele sind nicht Gegenstand der gruppenorientierten Ziele des an Lebenswelten orientierten Setting-Ansatzes

Nach den Eckpunkten der Bundesregierung soll die Durchführung von individuellen Leistungen im Verantwortungsbereich des jeweiligen Sozialversicherungsträgers bleiben. Da damit nur die Durchführungsverantwortung unberührt bleiben soll, ist unklar, ob die Leistungen der Individualprävention weiterhin auch auf trägerspezifische Präventionsziele ausgerichtet bleiben können und wem die Definitionsverantwortung für die Ziele der Individualprävention zugeordnet werden. Bereits in dem ersten Entwurf eines Präventionsgesetzes³ waren diese Fragen nicht bzw. nicht eindeutig gelöst.

Die Anforderungen der B-Länder beinhalten die Absicht, die Leistungen der Individual-Prävention weiterhin auch an Zielen des Sozialrechts zu orientieren (u.a. Vermeidung von Rente und Pflege).

Diese Absicht ist mit allem Nachdruck zu begrüßen. Es ist jedoch unabdingbar, neben der Durchführungsverantwortung sollte auch die Definitionsverantwortung für die Leistungen der Individual-Prävention weiterhin bei den jeweiligen Sozialleistungsträgern verbleiben, sodass entgegen der Ansicht der B-Länder die medizinischen Leistungen zur Prävention und Sekundärprävention weiterhin Gegenstand der für die jeweiligen Sozialleistungsträger geltenden Gesetze bleiben und nicht in das Präventionsgesetz einbezogen werden sollten.

² aaO Tz 270

³ BT-Drs. 15/4833

5. Konvergenz mit dem Neunten Sozialgesetzbuch

Das Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX) enthält bereits vielfältige Rahmenregelungen zur interdisziplinären Koordination, Kooperation und Konvergenz der Träger und der Leistungen sowie Prinzipien zur Ziel-, Bedarfsorientierung, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit) sowie Instrumente (gemeinsame Empfehlungen, Arbeitsgemeinschaften, Komplexleistung) die der Sachverständigenrat in seinem Jahresgutachten 2000/2001 in ähnlicher Weise auch für die Prävention fordert. Das Neunte Sozialgesetzbuch verpflichtet die Träger zur Prävention, zur Konkretisierung und Strukturierung ihres diesbezüglichen Handelns sowie zur Nutzung der genannten Instrumente des SGB IX auch für die Prävention und greift damit die Forderungen des Sachverständigenrates auf

5.1 Verpflichtung der Sozialversicherungsträger zur Prävention

§ 3 SGB IX betont, dass die Rehabilitationsträger über die im SGB IX begründeten Rehabilitations- und Teilhabeleistungen hinaus aktiv darauf einzuwirken haben, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird.

Die Vorschrift verpflichtet die Rehabilitationsträger, entsprechend ihrem jeweiligen Auftrag mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln Leistungen zur individuellen Prävention zu gewähren. Dazu enthält das SGB IX selbst Konkretisierungen (§§ 4 Abs. 1, 30, 84). Ziel ist es, den Eintritt der Ursachen von Behinderung und chronischen Erkrankungen im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie die dadurch verursachten Leistungen zur Teilhabe, Entgeltersatzleistungen und Renten möglichst zu vermeiden. Die Zielsetzung des SGB IX, durch Prävention die Ursachen von Behinderung und chronischen Krankheiten zu vermeiden, erfasst danach über die gesundheitliche Prävention (Integrität der Funktionen und Strukturen des Organismus) hinausgehend auch die Vermeidung der Beeinträchtigung der Aktivitäten und Leistungen eines Menschen sowie die Vermeidung einer Beeinträchtigung seine Partizipation an Lebensbereichen.

Die Ziele der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention nach dem Setting des „Lebenswelten-Ansatzes“ beziehen sich demgegenüber auf eine Gruppe von Menschen in einem bestimmten Lebensumfeld und sollen zudem allein auf gesundheitliche Ziele beschränkt bleiben. Sie können deshalb die individuellen teilhabeorientierten Präventionsziele des Einzelnen nicht oder nur bedingt gewährleisten.

In einem Präventionsgesetz bedarf es zwingend differenzierter Regelungen zur Konvergenz mit denen des SGB IX, um den auf die drohende individuelle Beeinträchtigung er Teilhabe des Betroffenen und seine Kontextfaktoren ausgerichteten Präventionsansatz des SGB IX auch in Zukunft zu gewährleisten.

5.2 Verpflichtung zur Strukturierung und Konkretisierung des Handelns

Obwohl in der parlamentarischen Anhörung verschiedentlich angeregt wurde, die Begriffe der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention im Gesetz zu verwenden⁴, ist der Gesetzgeber dem nicht gefolgt.

⁴ vergl. zusammenfassenden Bericht BT-Drs 14/5800 und Ausschussdrucksache 14/1299

Da der Gesetzgeber keine weitere Präzisierung vorgenommen hat, bleibt es bis auf weiteres Aufgabe der Selbstverwaltung der Rehabilitationsträger auf der Grundlage der jeweils für sie geltenden Leistungsgesetze (ua Krankenversicherung – §§ 20 bis 26 SGB V, Rentenversicherung – § 31 SGB VI, Unfallversicherung – §§ 14 ff SGB VII, für alle Rehabilitationsträger einschl. Sozialhilfeträger - §§ 3, 12, 13, 84 SGB IX), die geeigneten individuenbezogenen Präventionskonzepte und Präventionsleistungen zu entwickeln und einzusetzen, die mit Blick auf die enge Anbindung des SGB IX an die ICF materiell allerdings grundsätzlich geeignet sein müssen, die dort beschriebenen Ziele zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch Vermeidung von Teilhabebeeinträchtigungen zu erreichen. Die Prävention nach § 3 SGB IX richtet sich danach nicht nur auf die Vermeidung von Krankheit, sondern die Vermeidung von Teilhabebeeinträchtigungen als Folge der Krankheit und zwar immer unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren des Betroffenen.

§ 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX konkretisiert die Regelungspflicht der Träger der Teilhabeleistungen dahingehend, in der gemeinsamen Empfehlung konkret festzulegen, welche Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung des Eintritts einer Behinderung geeignet sind, sowie die statistische Erfassung solcher Maßnahmen hinsichtlich ihrer Anzahl, des Umfangs und ihrer Wirkung. Damit legt der Gesetzgeber den Weg zu einer gemeinsamen, abgestimmten Umsetzung der in § 3 getroffenen Vorgaben zur Prävention fest.

Die Träger haben zudem in einer Gemeinsame Empfehlung nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 5, 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX verbindlich zu regeln, dass und wie sie Prävention entsprechend dem in § 3 SGB IX genannten Ziel erbringen. In der Gemeinsame Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“ vom 16. Dezember 2004 werden leider vorwiegend gesetzliche Vorschriften referiert bzw. Gedanken des Sachverständigenrates wie die Setting-Orientierung aufgenommen; konkrete Vereinbarungen darüber, welche Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung einer Behinderung denn nun geeignet sind und gemeinsam erbracht werden sollen, allerdings nicht getroffen. Die Rehabilitationsträger verpflichten sich lediglich dazu, - irgendwann - in besonderen Teilen zur Gemeinsamen Empfehlung unterschiedliche Settings analoge Konzeptionen zu entwickeln, in denen auf die jeweiligen spezifischen Risiken und Präventionspotentiale Bezug genommen wird, soweit dem nicht gesetzlichen Regelungen entgegenstehen.

Da den Sozialleistungsträgern diese Definitionsverantwortung für die individuenbezogenen Präventionsleistungen auch in Zukunft übertragen bleiben muss, sind sie gefordert, ihren gesetzlichen Auftrag nunmehr differenziert umzusetzen. Das Präventionsgesetz könnte insoweit im Rahmen von Konvergenzregelungen zum SGB IX diesen Auftrag nochmals ausdrücklich verstärken.

5.3. Die Instrumente des SGB IX im Verhältnis zu einem Präventionsgesetz

Das Neunte Sozialgesetz bindet alle Leistungen, d.h., auch die der Prävention an die vom Gesetzgeber selbst definierten Ziele (§ 1 - Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, Vermeidung von Benachteiligungen; § 4 Abs. 1 – u.a. Abwendung, Minderung, Beseitigung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Behinderung, Vermeidung von Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder des vorzeitigen Bezuges von Sozialleistungen, Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben, Förderung der persönlichen Entwicklung, Ermöglichung der selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung) und macht die Leistungsgewährung davon abhängig, dass diese Ziele durch die Leistungen erreichbar sind (§ 4 Abs. 2 Satz 1).

Die Bindung der Leistungsgewährung an konkrete Ziele ist eines der wichtigsten Instrumente des SGB IX i.S. der Bedarfsgerechtigkeit, Zielorientierung, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, insbesondere auch unter ökonomischen Gesichtspunkten.

Demgegenüber sah der erste Entwurf eines Präventionsgesetzes für die gesundheitliche Prävention selbst keine Ziele vor. Diese sollten vielmehr durch den Stiftungsrat der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung beschlossen werden (§ 11 Abs. 1). Da dieser jedoch auch hinsichtlich der gesundheitlichen Prävention an die unverändert fortbestehenden gesetzlichen Vorgaben des SGB IX gebunden ist, waren für die Praxis erhebliche Probleme zu befürchten, zumal die im Entwurf (§ 11 Abs. 3 PräVG-E) genannten Kriterien für die Ermittlung der Präventionsziele und Teilziele nur unwesentlich mit den Zielen des SGB IX korrelierten.

Der erste Entwurf eines Präventionsgesetzes enthielt im Verhältnis zum SGB IX – abgesehen von der aufwendigen, mehrstufigen Verwaltungsorganisation in einer Stiftung auf Bundesebene und einer Vielzahl von zuständigen Stellen in den Ländern und den Kommunen – keine wesentlich anderen oder weitergehenden Instrumente zur Durch- und Umsetzung der Präventionsverantwortung der Präventions-/Rehabilitationsträger, als die im SGB IX vorhanden.

Bei dem künftigen Entwurf bedarf es deshalb keiner über das SGB IX hinausgehenden Verfahren und Instrumente. Zur Institutionellen Abwicklung kann ebenfalls auf bewährte Instrumente des Zehnten Sozialgesetzbuches (z.B. Arbeitsgemeinschaften) zurückgegriffen werden, sodass der Regelungsumfang – entsprechend der Anforderungen der B-Länder – tatsächlich auf das Notwendigste begrenzt werden kann.

6. Finanzierung

Die Eckpunkte der Bundesregierung sehen die Finanzierung der Setting-orientierten Präventionsleistungen allein aus Mitteln aller Sozialversicherungsträger vor. Die B-Länder halten einen Ausbau der Finanzierungsgrundlagen für erforderlich.

Da ein umfassendes Präventionsgesetz auch die Träger der Sozialhilfe sowie die Träger der Kinder- und Jugendhilfe einbeziehen muss, darf auf eine Finanzierung der auf das Klientel dieser Träger entfallenden Leistungen aus deren Mitteln nicht verzichtet werden.

Die Setting-bezogenen Leistungen sind eine neue gemeinsame Aufgabe der Sozialversicherungsträger. Sie können und dürfen aus den zuvor dargestellten Gründen die individuenbezogenen Präventionsleistungen nach den jeweiligen Sozialgesetzen weder ersetzen noch einschränken, da diese mit Blick auf ihre individueller gefassten und die Vermeidung der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichteten Ziele auch in Zukunft unverzichtbar sind.

Die von den Sozialleistungsträgern für die neue Aufgabenstellung bereit zu stellenden Mittel dürfen deshalb nicht zu Lasten der Haushaltsansätze für die Leistungen der individuenbezogenen Prävention gehen, sondern müssen aus allgemeinen Haushaltsmitteln bzw. spezifischen Haushaltsansätzen für die neuen Leistungen verfügbar gemacht werden. Jedes andere Verfahren würde zu einem Abbau der individuenbezogenen Präventionsleistungen mit der Folge nachfolgend erhöhter Aufwendungen für später folgende Sozialleistungen (Krankenbehandlung, Rehabilitation, Rente, Pflege) führen.