

Das Präventionsgesetz in der politischen Debatte

von Harry Fuchs, Düsseldorf

Vortrag im Rahmen der Fachtagung „Prävention -Herausforderung für die Rehabilitation“ der SAMA -Sozial- Arbeitsmedizinischen Akademie Baden-Württemberg e.V. in Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg am 27.10.2005 in Stuttgart

1. Ausgangssituation

Prävention ist in Deutschland Thema, solange es soziale Sicherungssysteme gibt. In der Sozialversicherung enthielt bereits das Gesetz über die Invaliditäts- und Alterssicherung vom 22. 6. 1889 die Ermächtigung (§ 12) für die ab 1891 bestehenden Träger der Invalidenversicherung, Heilverfahren für nicht in der Krankenversicherung Versicherte zu übernehmen (RGGI 1889 S 97ff). Dadurch hat sich bei diesen sehr schnell der Gedanke Geltung verschafft, dass Schäden besser verhütet als in Geld entschädigt werden und es dem Versicherten mehr dient, den bevorstehenden Verfall der Erwerbsfähigkeit zu verhindern, als die eingetretene Erwerbsunfähigkeit durch Gewährung von Geldrenten auszugleichen. Deshalb begannen die Träger der Invalidenversicherung bereits 1894 neben ihrer eigentlichen Hauptaufgabe, der Rentenzahlung, freiwillig, die Gesundheitsfürsorge für die versicherte Bevölkerung in ihren Aufgabenkreis einzubeziehen. Ab 1.1.1900 umfasste diese freiwillige Gesundheitsfürsorge u.a. bereits die besondere Bekämpfung der Volksseuchen (Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten) und sonstige Maßnahmen zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung, die Kinderfürsorge (insbesondere in Form von Kinderheilverfahren, Landaufenthalt von Stadtkindern, Unterbringung von Waisen, Fürsorge für werdende Mütter und Säuglinge, Schulzahnpflege) sowie die Förderung gemeinnütziger Unternehmen zur Hebung der Wohnverhältnisse.

1.1 Vielfalt des gegliederten Präventionsrechts

Bis heute hat sich daraus über alle Sozialleistungsträger hinweg eine Fülle an Vorschriften zur Prävention entwickelt. 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).

1.2 Vielfalt der Institutionen im gegliederten System

Demzufolge gibt es eine Vielzahl von Institutionen und Verbänden, die sich mit Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen. Die im Sachverständigengutachten 2000/2001 abgedruckte Abbildung von U. Walter und F.W. Schwartz (1998) S. 201 zeigt das vielfach unterschätzte, breit gefächerte Angebot an solchen Maßnahmen und Programmen getrennt nach Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Die Bandbreite der Institutionen, die Präventionsmaßnahmen auf den unterschiedlichsten Ebenen entwickeln und durchführen, reicht von Selbsthilfegruppen (individuumbezogene, krankheitsspezifische Tertiär- und Sekundärprävention, z.B. Asthaschulungen) bis hin zu Ministerien (kontextbezogene, risikobezogene Primärprävention, z.B. Verbot von Alkoholwerbung).

1.3 Vielfalt der Präventionsangebote im gegliederten System

Ebenso breit wie die Palette der Institutionen und Verbände, die Prävention und Gesundheitsförderung betreiben, ist die Liste der Themenfelder, auf die sich Angebote von Prävention und Gesundheitsförderung beziehen.

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 sich insgesamt auf die Teilhabe des Menschen am Leben in der Gesellschaft und die damit verbundenen Risiken und Beeinträchtigungen ausrichten muss.

2. Die Empfehlungen des Sachverständigenrates

Chronische Erkrankungen, die heute das Krankheits- und Sterbegeschehen in industrialisierten Ländern weitgehend dominieren, sind trotz des in der Vergangenheit erzielten und für die Zukunft zu erwartenden medizinischen Fortschritts in der Mehrzahl der Fälle nicht heilbar im Sinne einer Wiederherstellung des ursprünglichen Gesundheitszustandes. Das Auftreten und der Verlauf chronischer Erkrankungen ist aber in hohem Masse abhängig vom persönlichen Verhalten sowie von Fehlanreizen und gesundheitlichen Belastungen aus der sozialen und physischen Umwelt².

2.1 Definitionen zur Prävention

Konzepte, Programme und Aktivitäten zur Verhütung der Entstehung und des Eintritts von Erkrankungen verwenden bisher mit unterschiedlichen Inhalten und oft nicht trennscharf Stichworte wie Gesundheitsschutz, Vorsorge, Prävention, Gesundheitsförderung.

Im Einklang mit den meisten wissenschaftlichen Definitionen versteht der Sachverständigenrat unter Prävention generell Maßnahmen zur Vermeidung eines schlechteren Zustandes, während Kuration und Rehabilitation einen besseren Zustand zu erreichen suchen. Demnach bezeichnet *Primärprävention* die Verminderung von (Teil-)Ursachen bestimmter Erkrankungen oder von Krankheit überhaupt. Das Ziel ist die Verminderung von Eintrittswahrscheinlichkeiten oder Inzidenzraten.

Sekundärprävention bezieht sich demgegenüber auf die Entdeckung von biomedizinisch eindeutigen (auch symptomlosen) Frühstadien einer Erkrankung und deren erfolgreiche Frühtherapie. Unter Sekundärprävention wird auch die Verhinderung des Wiedereintritts eines Krankheitsereignisses verstanden.

Unter *Tertiärprävention* kann sowohl die wirksame Verhütung bzw. Verzögerung der Verschlimmerung einer manifesten Erkrankung (weites Konzept) als auch die Verhinderung bzw. Milderung bleibender, insbesondere sozialer Funktionseinbussen verstanden werden (engeres Konzept)³.

2.2 Ordnungspolitische Definitionen

Die gewachsenen Ordnungsgesichtspunkte (z.B. Verhaltens- und Verhältnisprävention;

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

² aaO Tz. 264

³ aaO Tz 260

individuen- und kontextbezogene Prävention; spezifische und unspezifische Prävention; medizinische und nicht medizinische Prävention; Gesundheitsschutz und Gesundheitsvorsorge) eignen sich aus der Sicht des Rates sämtlich nicht für trennscharfe, in der Praxis unter Umständen hermetische Abgrenzungen⁴.

Nach Auffassung des Sachverständigenrates erweist sich demgegenüber der Ordnungsgesichtspunkt der Zielgruppe als geeignet. Zielgruppen können territorial (z.B. Einwohner einer administrativen Gemeinde bzw. einer Region), sozial (z.B. Menschen in ähnlicher sozialer Lage oder mit ähnlichem Lebensstil), nach Altersgruppen, nach gemeinsamen Risikomeerkmalen, nach Risikolevel oder kontextbezogen („Setting“) definiert sein⁵. Eine konsequente Zielgruppenorientierung führt zu genauerer Beschäftigung mit den – objektiven wie subjektiven – Belastungen und Ressourcen, den durch diese mitbestimmten Bedingungen gesunden Lebens sowie zu klarer Zugangs- und Interventionsplanung.

Kontextbezogene Maßnahmen werden auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gefordert. „Settings“ können neben Betrieb, Schule und Elternhaus auch Freizeiteinrichtungen, z.B. Sportvereine, aber auch z.B. Stadtteile oder Gemeinden sein. Ein Charakteristikum des Setting-Ansatzes ist, dass in einem gegebenen sozialen Kontext gleichzeitig unterschiedliche Zielgruppen bzw. Akteure erreicht werden können (Z.B. im Setting Schule: Schüler, Eltern, Lehrer, Personal) und darüber hinaus kontext- und individuumsbezogene Maßnahmen sich wechselseitig unterstützend kombiniert werden können.

Der Sachverständigenrat empfahl deshalb zusammenfassend in seinem Gutachten 200/2001, sich in Zukunft auf Interventionen nach dem Setting-Ansatz (vor allem Betrieb, Schule) zu orientieren⁶

2.3 Prävention ist Querschnittsaufgabe

Prävention ist eine politische Querschnittsaufgabe, die weit über die etablierten Ansätze und Institutionen der Gesundheitssicherung und erst recht über das gewachsene System der Krankenversicherung und –versorgung hinausweist⁷. Wesentliche Ansatzebenen liegen außerhalb dessen, was bis heute üblicherweise als Gesundheitspolitik verstanden wird: Ein erheblicher Teil der Verbesserung der Gesundheit in der Bevölkerung ist auf soziale, wissens- und bildungsabhängige und auf Hygieneeffekte zurückzuführen, auf das Wohlstandsniveau, die Einkommensverteilung, die Verfügbarkeit von Arbeit sowie die Arbeitsbedingungen, Erholungsmöglichkeiten, Verkehr, physische und technische Umwelt.

Des Sachverständigenrates stellt fest, dass bisher gerade im stark gegliederten deutschen System Fragen der Zuständigkeit sowohl finanzieller als auch fachlicher Art zur Prävention nicht eindeutig geregelt sind, sondern bei jeder Maßnahme der Prävention oder der Gesundheitsförderung geklärt werden müssen. Damit stelle die Prävention hohe Anforderungen an die Fähigkeit zur Kooperation bei den unterschiedlichsten Akteuren von Selbsthilfegruppen über Krankenkassen und anderer Versicherungsträger bis zu Ärzteverbänden und anderen Leistungserbringern im Gesundheitsversorgungssystem. Die Gefahr sei groß, dass die unterschiedliche Zuständigkeit genutzt werde, um Verantwortung abzugeben oder um durch einseitiges Reklamieren einer Zuständigkeit eine Politik der Abgrenzung von anderen Akteuren zu betreiben, die sich auf die eigentlichen Ziele gelungener Prävention und Gesundheitsförderung kontraproduktiv auswirken könne. Um solche Prozesse zu unterlaufen könnte es nach Auffassung des Rates sinnvoll sein, einerseits den Beitrag der einzelnen Akteure im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung deutlicher herauszuarbeiten und gleichzeitig ihre Zusammenarbeit in Arbeitsgruppen (z.B. regionale und ortsnahe Präventionskonferenzen) zu institutionalisieren. Dies sollte themenbezogen erfolgen, da je nach Thema

⁴ aaO Tz 270

⁵ aaO Tz 271

⁶ aaO Tz. 271

⁷ aaO Tz. 272

auch unterschiedliche Ebenen einzubeziehen und unterschiedliche Umsetzungsstrategien zu entwickeln sind⁸.

2.4 Prävention erfordert gesamtgesellschaftliche Verantwortung und gemeinsames Handeln

Der Sachverständigenrat warnt ausdrücklich davor, die erforderlichen Aufgaben der Forschung, Entwicklung und Umsetzung der Prävention in Deutschland mit der Delegation eines Teilbereichs an die gesetzlichen Krankenkassen, zudem in einem sehr engen Ressourcenrahmen, für politisch gelöst zu halten. Er plädiert nachdrücklich dafür, Felder, Formen und Akteure der Prävention zu einem Bestandteil des gesamtgesellschaftlichen Diskussionsprozesses über Gesundheitsziele zu machen, um auf diese Weise auch eine breitere Öffentlichkeit mit der begrenzten Bedeutung der rein kurativen Medizin für die Gesundheit und den Potentialen und Verantwortlichkeiten von Prävention vertraut zu machen⁹.

Präventive Potentiale lassen sich erfolgversprechend durch Veränderung der Lebensweise, vor allem im Hinblick auf Bewegungsverhalten, Ernährung und das Lebensumfeld sowie durch eine moderne funktionale Durchdringung ärztlicher Versorgung mit Elementen der klinischen Präventionsmedizin ausschöpfen¹⁰.

Um diese Potentiale zu realisieren, sollen sich Maßnahmen und Strategien nicht allein auf die Verhütung von Krankheiten beziehen, sondern vielmehr den gesamten Alterungsprozess mit seinen funktionellen Einschränkungen und dem drohenden tatsächlichen Verlust an körperlicher und mentaler Fitness sowie den daraus resultierenden Problemen der **sozialen Integration** (Teilhabe) berücksichtigen¹¹.

3. Prävention und Neuntes Sozialgesetzbuch

Das Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX) enthält bereits vielfältige Rahmenregelungen (zur interdisziplinären Koordination, Kooperation und Konvergenz der Träger und Leistungen sowie Prinzipien zur Ziel-, Bedarfsorientierung, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit) und Instrumente (gemeinsame Empfehlungen, Arbeitsgemeinschaften, Komplexleistung) die der Sachverständigenrat in seinem Jahresgutachten 2000/2001 ähnlicher Weise auch für die Prävention fordert. Es lag deshalb nahe, dass der Gesetzgeber im Jahr 2001 während des laufenden Gesetzgebungsverfahrens zum Neunten Sozialgesetzbuch insbesondere der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger nach dem Grundsatz „Vorrang für die Selbstverwaltung“ zunächst Gelegenheit einräumte, in eigener Verantwortung das bisherige gegliederte System entsprechend den vom Sachverständigenrat definierten Erfordernissen zu ordnen.

Die dazu im SGB IX enthaltenen Regelungen dürfen deshalb nicht als deklamatorische Postulate, sondern müssen als sehr bewusste und konkrete Aufforderung an die Selbstverwaltung verstanden werden, ihrer Verantwortung nachzukommen.

Ziel war und ist die Entwicklung einer wirksamen trägerübergreifenden Prävention nicht nur bezogen auf die Gesundheitsrisiken und Krankheitsvermeidung, sondern – entsprechend der Empfehlung des Sachverständigenrates - auch bezogen auf die Vermeidung der Beeinträchtigungen der Integration, d.h., der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Würde der in der 15. Legislaturperiode vorgelegte Entwurf eines Präventionsgesetzes so in Kraft getreten sein, wäre damit der vom Gesetzgeber mit dem Neunten Sozialgesetzbuch erteilte Auftrag im Bereich der Prävention nicht erledigt. Einerseits bliebe wegen der Beschränkung des Präventionsgesetzes auf gesundheitliche Risiken, der weitergehende, sich auf die Integration (z.B. Prävention im Arbeitsleben, Prävention bezogen auf die Familie, Prävention zur Erhaltung der selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft) erstreckende Auftrag des SGB IX uneingeschränkt zu erfüllen. Andererseits ergäben sich im Bereich der gesundheit-

⁸ aaO Tz. 134

⁹ aaO Tz. 274

¹⁰ aaO Tz. 279

¹¹ aaO Tz. 280

lichen Prävention erhebliche Schnittstellenprobleme, weil der auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtete Präventionsauftrag des SGB IX auch bzgl. der Gesundheitsrisiken über den auf die Krankheitsvermeidung beschränkten Auftrag des Präventionsgesetzes hinausgeht (vergl. z.B. nachfolgend Ziffer 4.1).

3.1 Verpflichtung der Sozialversicherungsträger zur Prävention

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

Die Vorschrift verpflichtet die Rehabilitationsträger, einerseits entsprechend ihrem jeweiligen Auftrag Prävention mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln zu betreiben. Dazu enthält das SGB IX selbst ergänzende Konkretisierungen (§ 4 Abs 1, § 30, § 84). Ziel ist es, den Eintritt der Ursachen von Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie die dadurch verursachten Leistungen zur Teilhabe, Entgeltersatzleistungen und Renten möglichst zu vermeiden.

Eine Behinderung im Sinne der Internationalen Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre Funktionsfähigkeit, also auf die Integrität der Funktionen oder Strukturen des Organismus, die Durchführung von Aktivitäten der Person oder deren Partizipation an Lebensbereichen. 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.

Andererseits sollen die Rehabilitationsträger Prävention als gemeinsame Verantwortung wahrnehmen und deshalb deren Inhalte gemeinsam definieren und die Maßnahmen zur Prävention koordinieren (§ 12 Abs. 1 Nr. 5, § 13 Abs. 2 Nr 1). Die in den §§ 6 – 8 und 10 PrävG-E definierte Verantwortung der Präventionsträger geht darüber nicht hinaus, ist allerdings auf die Verantwortung für die gesundheitliche Prävention, insbesondere die primäre Prävention und die Gesundheitsförderung beschränkt.

Zur Verdeutlichung, dass § 3 mehr als nur deklamatorische Bedeutung hat, macht der Gesetzgeber in § 12 Abs. 1 Nr 5 SGB IX die Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass Prävention auch tatsächlich geleistet wird und die in den für die Rehabilitationsträger jeweils geltenden Leistungsgesetzen zur Prävention enthaltenen Leistungen und Gestaltungsmöglichkeiten ausgeschöpft und im Rahmen einer gemeinsamen Empfehlung ggfls. gebündelt werden.

3.2 Verpflichtung zur Strukturierung und Konkretisierung des Handelns

Obwohl in der parlamentarischen Anhörung verschiedentlich angeregt wurde, die oben erläuterten Begriffe der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention im Gesetz zu verwenden¹² ist der Gesetzgeber dem nicht gefolgt.

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 Präventionskonzepte und Präventionsleistungen zu entwickeln und einzusetzen, die mit Blick auf die enge Anbindung des SGB XI an die ICF materiell allerdings grundsätzlich geeignet sein müssen, die dort beschriebenen Ziele zu erreichen.

¹² vergl. zusammenfassenden Bericht BT-Drs 14/5800 und Ausschussdrucksache 14/1299

§ 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX konkretisiert diese 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.

In der Gemeinsame Empfehlung nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 5, 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX, dass Prävention entsprechend dem in § 3 SGB IX genannten Ziel erbracht wird (Gemeinsame Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“) vom 16. Dezember 2004 werden leider nur 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 zu unterschiedlichen Settings analoge Konzeptionen zu entwickeln, in denen auf die jeweiligen spezifischen Risiken und Präventionspotenziale Bezug genommen wird, soweit dem nicht gesetzlichen Regelungen entgegenstehen.

Danach hat die Selbstverwaltung die Chance, auf diesem Hintergrund in eigener Verantwortung die Vorschläge des Sachverständigenrates aufzugreifen und umzusetzen, verpasst, obwohl das Neunte Sozialgesetzbuch nachgerade optimale Rahmenbedingungen für Koordination, Kooperation und Konvergenz – aber auch Eigenverantwortung der Selbstverwaltung - schafft, sodass aus der Sicht des Gesetzgebers unverändert Handlungsbedarf besteht.

3.3. Die Instrumente des SGB IX im Verhältnis zum PräVG-E

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 gibt der Gesetzgeber mit dem PräVG-E für die gesundheitliche Prävention selbst keine Ziele vor. Diese sollen 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, sind für die Praxis erhebliche Probleme zu befürchten, zumal die in § 11 Abs. 3 PräVG-E genannten Kriterien für die Ermittlung der Präventionsziele und Teilziele nur unwesentlich mit den Zielen des SGB IX korrelieren.

Das SGB IX sieht als wesentliches Instrument zur Koordination und Kooperation der Träger und zur Erreichung von Leistungskonvergenz die Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen (u.a. §§ 12, 13, 20 SGB IX) vor. Auch das PräVG-E geht davon aus, dass „Empfehlungen“ (der Stiftung) definitorische Grundlagen für die Konkretisierung des Gesetzes sind (§ 11 Abs. 1 und 6).

Die Verpflichtung der Träger zur Vereinbarung einer gemeinsamen Empfehlung über die nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitliche Leistungserbringung (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) findet ihre Entsprechung in der Beschlussfassung über Präventionsprogramme im Rahmen der Stiftung (§ 12 PräVG-E).

Die Regelungen über die Ausführung der Leistungen in § 17 SGB IX bzw. § 19 PräVG-E entsprechen sich weitgehend. Während die Qualitätsanforderungen nach dem SGB IX in bindenden Verträgen mit den Leistungserbringern zu regeln sind (§ 21 Abs. 1 Nr. 1), sieht der PräVG-E lediglich „Vereinbarungen“ mit rechtlich zweifelhafter Bindungswirkung vor (§ 20 Abs. 2).

Während das SGB IX entsprechend seiner Zielsetzung in § 3 ausschließlich die gemeinsame Verantwortung der Träger von Rehabilitations- und Teilhabeleistungen einfordern konnte, postuliert § 6 Abs. 1 des PräVG-E die gesamtgesellschaftliche Verantwortung von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern. Die Operationalisierung dieser Verantwortung beschränkt sich in den nachfolgenden Absätzen 2 und 3 jedoch ebenfalls auf die Initiativen und Leistungen der Präventions-/Rehabilitationsträger. Der PräVG-E sieht im Übrigen keinerlei Leistungen vor, die über die in den für die Träger jeweils geltenden Gesetzen enthaltenen Leistungen hinausgehen (§ 8).

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass der PräVG-E im Verhältnis zum SGB IX – abgesehen von der aufwendigen, mehrstufigen Verwaltungsorganisation in einer Stiftung auf Bundesebene (PräVStiftG-E) 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 enthält, als sie bereits seit Inkrafttreten des SGB IX vorhanden sind.

Die Präventionsträger sind deshalb jederzeit nicht nur in der Lage, sondern nach §§ 3, 12, 13 SGB IX bereits heute gesetzlich verpflichtet, ihre Präventionsleistungen zu konkretisieren, abgestimmt auszuführen und dazu auch regionale Präventionsprogramme zu entwickeln. § 13 Abs. 9 SGB IX sieht nicht ohne Grund vor, dass die gemeinsamen Empfehlungen zur Prävention nach § 13 Abs. 1 SGB IX durch die regional zuständigen Träger konkretisiert werden können. D.h. auch, im Rahmen der Selbstverwaltung zunächst eine regionale Konkretisierung vornehmen zu dürfen, solange eine bundesweite Konkretisierung nicht vorgenommen wurde. Dies entspricht u.a. der in § 21 PräVG-E vorgesehenen Regelung, dass die sozialen Präventionsträger im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur Gesundheitlichen Prävention einzeln oder gemeinsam Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Leistungserbringung vereinbaren können.

4. Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention (PräVG-E) in der 15. Legislaturperiode

Dieser Beitrag soll keine umfassende Bewertung des Entwurfs enthalten. Er beschränkt sich auf einige grundsätzliche Anmerkungen bzgl. des Aufgreifens der Vorschläge des Sachverständigenrates, zur Organisation sowie Finanzierung und befasst sich im Übrigen schwerpunktmäßig mit den sich an der Schnittstelle zur Teilhabe und Rehabilitation ergebenden Aspekten.

Der von der Bundesregierung vorgelegte Gesetzentwurf will nach seiner Begründung die (d.h., an sich alle) bisherigen Regelungen zur Prävention zielgerichtet zusammenführen, die Begrifflichkeiten vereinheitlichen, die Rechtsvorschriften harmonisieren. Tatsächlich verdeutlicht jedoch bereits die im Entwurf enthaltene Zieldefinition (Abschnitt III, Nr. 4, Abs. 2) im zweiten Teil, das damit der Prävention ausschließlich im Gesundheitswesen die Stellung verschafft werden soll, die sie benötigt, um effektiv zu wirken. Der Bezug zur Effektivität

steht offensichtlich in einem unmittelbaren Zusammenhang damit, dass sich nach dem Gutachten des Sachverständigenrates in Deutschland „theoretisch“ (bei nicht saldierter und diskontierter Betrachtung) rund 25 bis 30 % der heutigen Gesundheitsausgaben vermeiden lassen¹³. Dies könnte die Rechtfertigung dafür sein, entgegen den Vorschlägen des Sachverständigenrates kein gesamtgesellschaftliches, sondern nur ein auf das Gesundheitswesen beschränktes Präventionskonzept vorzulegen.

Insgesamt wird deshalb mit dem vorgelegten Entwurf der alle gesellschaftliche Bereiche umfassende, insbesondere die Integration (Teilhabe am Leben in der Gesellschaft) einbeziehende Ansatz des Sachverständigenrates nur teilweise aufgegriffen.

Im Übrigen sieht der Entwurf keine neuen Präventionsleistungen vor. Er beschränkt sich ausdrücklich auf die Ordnung der schon bisher in den für die Träger geltenden Leistungsgesetzen enthaltenen Leistungen. Neu sind lediglich die umfangreiche Administration dieser Leistungen u.a. in regionalen Programmen sowie der Verwaltungsaufwand zur Durchführung der Finanzierung – weit überwiegend aus Mitteln der Sozialversicherungsträger

Widersprüchlich ist demzufolge auch bereits die Zweckbestimmung in § 1 einschl. ihrer Begründung. Danach soll das Gesetz „die Aspekte des Lebens“ in einen umfassenden Ansatz einbeziehen, der sich jedoch auf die „gesundheitliche Prävention“ beschränkt.

Ein umfassender Ansatz müsste über den gesundheitlichen Ansatz hinaus auch die Aspekte der Teilhabe im Arbeitsleben sowie der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erfassen. Dieser Widerspruch zieht sich wie ein roter Faden durch den gesamten Entwurf.

Entsprechend den Vorschlägen des Sachverständigenrates wird z.B. der Begriff „Lebenswelten“ neu in das deutsche Sozialrecht aufgenommen.

Lebenswelten sollen nach § 17 Abs. 2 PräVG-E insbesondere Stadtteile, Kindergärten und Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe, Freizeiteinrichtungen einschl. Sportstätten, Senioreneinrichtungen, stationäre Pflegeeinrichtungen und Wohnheime sowie Krankenhäuser sein (vergl. Begründung, S. 33). Dies alles umschreibt Teilaspekte des Lebens in der Gesellschaft bzw. des Arbeitslebens. Die Frage in welchem Verhältnis die Lebenswelten nach dem PräVG zu dem Leben in der Gemeinschaft (Gesellschaft) nach dem SGB IX stehen, bleibt offen und wird zu erheblichen Schnittstellenproblemen und Überlappungen führen, die im Zweifel zu Lasten der betroffenen Menschen ausgetragen werden.

Bei der in dieser Legislaturperiode zu erwartenden Neufassung ist deshalb die Herstellung von Konvergenz mit dem Neunten Sozialgesetzbuch dringend zu empfehlen.

4.1 Verhältnis von Prävention und Rehabilitation

Die Rentenversicherung soll nach dem - insoweit abschließenden - Artikel 6 Nr. 3 PräVG-E (§ 8a SGB VI) Leistungen zur Verhaltensprävention nur (noch) im Sinne der §§ 12a bzw. 12b SGB VI erbringen dürfen. Nach Art. 6 Nr. 7 PräVG-E (§ 12a SGB VI) sollen die Rentenversicherungsträger Leistungen zur Verhaltensprävention (nur noch) erbringen, um die Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen der Versicherten zu unterstützen und damit gesundheitliche Risiken zu minimieren und gesundheitliche Ressourcen zu stärken.

Damit blieben die materiellen Regelungen des Entwurf in Teilbereichen hinter dem bestehenden Recht zurück. Gesundheitliche Prävention geht im Rahmen der Tertiärprävention (medizinische Rehabilitation) schon seit 1957 (ArVNG, Rentenversicherung) über die Verhütung der Verschlimmerung von Erkrankungen und Behinderung sowie die Vorbeugung von Folgeerkrankungen hinaus und ist auch auf sozialrechtlich definierte Ziele wie den Erhalt der Erwerbsfähigkeit oder die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit ausgerichtet.

Maßnahmen der tertiären Prävention sind im Rahmen von Leistungen zur Rehabilitation seit jeher nicht nur medizinisch-therapeutische Maßnahmen, sondern – durch das SGB IX nochmals ausdrücklich klargestellt – neben den medizinisch-therapeutischen Leistungen (§ 26 Abs. 2 SGB IX) insbesondere auch psychologische und pädagogische Hilfen im

¹³ aaO Tz. 115

Sinne des § 26 Abs. 3 SGB IX. Ohne diese Leistungsbestandteile, die im Wesentlichen verhaltensmedizinische Leistungsmerkmale umschreiben, ist eine wirksame Tertiärprävention durch medizinische Leistungen zur Rehabilitation und damit medizinische Rehabilitation an sich nicht wirksam und erfolgreich durchführbar.

Ohne Klarstellung des Verhältnisses zu § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX ist zu befürchten, dass künftig unterschiedliche Auffassungen darüber entstehen, welche Methoden für die Leistungen zur Verhaltensprävention im Rahmen medizinischer Leistungen zur Rehabilitation zulässig sind.

Das SGB XI enthält umfangreiche Regelungen für die Qualitätssicherung der Leistungen zur Tertiärprävention (medizinische Leistungen zur Rehabilitation - § 20 SGB IX). § 20 PrävG-E überschneidet sich für die Leistungen zur Verhaltensprävention im Rahmen von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation und beinhaltet auch abweichende Verantwortlichkeiten (z.B. ist für die Definition der Qualität nach dem PrävG-E der Stiftungsrat verantwortlich, während die Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen nach § 21 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX in Verträgen zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern zu vereinbaren sind).

Die geringe Kompatibilität des Entwurfs mit dem SGB IX basiert offensichtlich auf Irrtümern der Verfasser. So ist z.B. die Feststellung in der Begründung, den Rentenversicherungsträgern würden *erstmalig* mit dem Präventionsgesetz individuelle Leistungen zur Verhaltensänderung übertragen, objektiv falsch. Die auf dieser falschen Annahme basierenden, im Entwurf für das Recht der Rentenversicherungsträger vorgesehenen Regelungen sind allein deswegen schon nicht haltbar. Einerseits übersieht der Entwurf nämlich, dass die Rentenversicherungsträger in neuerer Zeit vom 1.1.1957 bis zum Inkrafttreten des 2. HStruktG am 1.1.1982 bereits 25 Jahre Träger der primären Prävention waren, Ihnen mit dem Präventionsgesetz demnach nicht „erstmalig“ Aufgaben der primären Prävention übertragen werden. Andererseits beinhalteten sowohl die ab 1.1.1982 durch Wegfall der einfachen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit als Voraussetzung für die Leistungserbringung nach §§ 1236 RVO, 14 AVG weggefallenen reinen Präventionsleistungen der Rentenversicherungsträger ebenso wie die heutigen Rehabilitationsleistungen i.S.d. § 26 SGB IX in hohem Maße Leistungen zur Verhaltensänderung, die vorwiegend durch verhaltensmedizinisch definierte Prozessqualitäten dokumentiert sind.

Die von den Rentenversicherungsträgern seit fast 50 Jahren im Rahmen der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation (Tertiärprävention), spätestens seit 1969 auf der Grundlage der ICIDH, dem Vorläufer der ICF, ausgeführten Leistungen zur Verhaltensprävention gehen sowohl nach ihrer Zielsetzung, wie auch nach der Ausgestaltung der dazu eingesetzten therapeutischen Methoden über das Ziel der Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen, der Minimierung gesundheitlicher Risiken bzw. der Stärkung gesundheitlicher Ressourcen hinaus und erfassen auch das Verhalten bezogen auf die Teilhabe am Arbeitsleben sowie das Verhalten bezogen auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und die Minimierung der damit verbundenen Risiken bzw. die Stärkung der darauf gerichteten Ressourcen.

Die – wie eingangs festgestellt – auf falschen Annahmen beruhende – beinahe apodiktische - Regelung des § 12a SGB VI, wonach sich die Leistungen der Rentenversicherung zur Verhaltensprävention auf gesundheitliche Ziele, Risiken und Ressourcen zu beschränken habe, führt zu einer mit den Zielen und Vorgaben des SGB IX nicht zu vereinbarenden negativen Beschränkung der Struktur- und Prozessqualität der Leistungen der Rentenversicherungsträger zur medizinischen Rehabilitation.

Daran ändert auch der Hinweis nichts, dass sich die kritisierte Regelung doch im Zweiten Unterabschnitt „Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung“ befindet und deswegen nur auf die primäre Prävention wirke. Abgesehen davon, dass die Regelung selbst keine Beschränkung auf die Primärprävention beinhaltet und nach ihrer Diktion ganz grundsätzlich den rechtlichen und tatsächlichen Handlungsrahmen der Rentenversiche-

Träger bezogen auf (alle) Leistungen zur Verhaltensprävention festlegt (also auch im Rahmen der Leistungen zur Tertiärprävention), heißt es in der Begründung zu § 3 (S. 15) ausdrücklich, dass zukünftig „alle Präventionsanstrengungen auf die gemeinsame Zielstellung hin zu konzipieren und durchzuführen“ sind. Zudem spricht auch die im Recht der Unfallversicherung (SGB VII) für den gleichen Tatbestand vorgesehene, deutlich abweichende Regelung (§ 1b SGB VII) dafür, dass die Regelung für die Rentenversicherung von falschen Grundlagen ausgeht und in der bisherigen Entwurfsfassung keinen Bestand behalten darf.

Obwohl sowohl die Rentenversicherungs-, wie auch die Unfallversicherungsträger im Rahmen ihrer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation seit Jahren ausgeprägte Leistungen zur Verhaltensprävention erbringen, trägt nur die in Artikel 7 Nr. 5 PräVG-E für den Bereich der Unfallversicherung vorgesehene Regelung des § 1b SGB VII diesem Tatbestand angemessene Rechnung. Dort wird nämlich zutreffend festgestellt (Satz 2), dass die Heilbehandlung einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Unfallversicherungsträger, soweit sie der Verhütung von Verschlimmerungen oder Folgeerkrankungen dienen, zugleich Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention nach § 2 PräVG sind. Eine Regelung zur Klarstellung im Verhältnis zu den Leistungen zur Verhaltensprävention im Rahmen der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation der Unfallversicherung bedurfte es darüber hinaus nicht, weil für das SGB VII keine grundsätzliche Definition der Leistungen zur Verhältnisprävention vergleichbar § 12a SGB VI vorgesehen ist.

Zusammenfassend bedarf es deshalb einer Klarstellung, dass die auf die Ziele der Teilhabe ausgerichteten Leistungen zur Verhaltensprävention im Rahmen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherungsträger von § 12a SGB VI unberührt bleiben.

4.2 Zur Organisation und Finanzierung der Prävention

Wesentlicher ist jedoch die Kritik an der Organisation und der Finanzierung der Prävention. Der Sachverständigenrat hatte zu Recht darauf hingewiesen, dass eine Lösung der Probleme nicht darin bestehen kann, die Verantwortung lediglich einem Leistungsträger, schon gar nicht der Krankenversicherung zuzuordnen.

Die jetzt gefundene Lösung mit einer Bundesstiftung mit rechtlich hinsichtlich der Zulässigkeit durchaus zweifelhafter Mischverwaltung und Gremien in allen Bundesländern ist weitaus überdimensioniert. Man erinnere sich: Der Sachverständigenrat hatte eine gesetzliche Definition der Aufgaben und Pflichten der Akteure sowie regionale Arbeitsgemeinschaften vorgeschlagen. Der Entwurf stellt die Verantwortung und Verpflichtung der Akteure für die Prävention nicht wirklich klar, sondern verlagert sie hinsichtlich der konkreten grundsätzlichen Definitionsfragen in eine bundesweite Stiftung und hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung in die 16 gemeinsamen Geschäftsstellen von je zwei Gremien auf Landesebene – unter Beteiligung einer Vielzahl weiterer Gremien auf kommunaler Ebene.

Die Genehmigung der Förderung von Setting-Maßnahmen ist an aufwendige Antragsverfahren, ggfls. mit Vorprüfung auf kommunaler Ebene, gebunden.

Für die Grundsatzdefinitionen bedarf es keines bürokratischen Apparates. Eine wesentlich unbürokratischere und kostengünstigere Lösung wäre gegenüber der Stiftungslösung ein Gemeinsamer Bundesausschuss Prävention. Dieser könnte sich in seiner Zusammensetzung an dem für die Akutversorgung bestehenden Gemeinsamen Bundesausschuss orientieren und ggfls. durch eine hauptamtliche Geschäftsstelle unterstützt werden. Im Übrigen enthalten das Zehnte Sozialgesetzbuch, wie auch § 12 Abs. 2 SGB IX gesetzliche Lösungen für regionale Arbeitsgemeinschaften, in denen Projekte regional, vor Ort ohne großen bürokratischen Aufwand geprüft und entschieden werden können.

Absolut inakzeptabel ist die Finanzierung ausschließlich aus Mitteln der Sozialversicherungsträger. Der Sachverständigenrat hatte zutreffend herausgearbeitet, dass Prävention auch

eine bedeutende Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist. Dabei handelt es sich nicht nur um einen ideellen Beitrag, sondern auch um handfeste materielle Beiträge. Es kann nicht sein und ist verfassungsrechtlich höchst bedenklich, dass die Länder bei der in ihrer Verantwortung liegenden Finanzierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes aus Beiträgen der Sozialversicherten subventioniert werden (Zweckbindung der Mittel der Sozialversicherung). Die den Sozialversicherungsträgern bei der Gestaltung der Präventionsprogramme zu Lasten der von ihnen abgezogenen Mittel eingeräumten Veto-Rechte sollen zwar die verfassungsrechtlichen Bedenken ausräumen, dürften letztlich jedoch die Erreichung der mit dem PrävG-E verfolgten Ziele eines flächendeckenden Netzes von bedarfsgerechten, zielgerichteten, wirksamen und wirtschaftlichen Präventionsangeboten beeinträchtigen.

Zielführender, wirksamer und weitaus unbürokratischer ist demgegenüber eine Regelung, die die Finanzierung der Programme durch die Träger entsprechend ihrer Aufgabenstellung unmittelbar aus ihren Haushalten vorsieht.

4.3 Sonderregelung für die Rentenversicherung

Nach Art 6 Nr. 11 PrävG-E (§ 220 SGB VI) werden allein schon die Rentenversicherungsträger durch dieses Gesetz mit 40 Mio. EUR belastet, die ausschließlich aus dem nach § 220 SGB VI für die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zur Verfügung stehenden Budget finanziert und dementsprechend zu Lasten insbesondere der medizinischen Rehabilitation eingespart werden müssen.

Nach Schätzungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger in seiner gegenüber dem BGMS abgegebenen Stellungnahme vom 15.12.2004 bedeutet dies, dass jährlich ca. 13.000 medizinische Leistungen zur Rehabilitation nicht mehr erbracht und demzufolge rd. 900 Plätze in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen nicht mehr belegt werden können.

Es ist auch gerade aus ökonomischen Gründen nicht hinnehmbar, dass die in vielfältiger Weise in ihrer Wirksamkeit belegten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, deren ökonomische Wirkung im Sinne der Einsparung erheblicher Sozialleistungen und Folgekosten zwischenzeitlich unbestritten ist, zu Lasten von Präventionsleistungen reduziert werden, deren Wirkung bisher ebenso wenig gesichert ist, wie der in den Gesetzesmaterialien zu Grunde gelegte Bedarf nachgewiesen ist.

Dies ist im Übrigen ausschließlich ein Problem der Rentenversicherung, weil der Gesetzgeber nur in diesem Bereich die für die Prävention erforderlichen Mittel durch Umschichtung aus dem Bereich der medizinischen Rehabilitation und konkrete Veränderung der Budgetregelung bereitstellt. Bei allen übrigen Sozialversicherungsträgern werden vergleichbare konkrete Festlegungen nicht getroffen. Es wäre auch für den Bereich der Rentenversicherung wesentlich sachgerechter, lediglich allgemein vorzuschreiben, dass die erforderlichen Mittel durch Einsparungen aufzubringen sind, ohne sich auf eine konkrete Regelung zu fixieren. Es wäre dann Aufgabe der Selbstverwaltung, die erforderlichen Mittel im Gesamthaushalt zu realisieren. Dies ist auch möglich, zumal sich durch die Umsetzung der Organisationsreform der Rentenversicherung Einsparpotentiale zeitnah darstellen.

Aus den bereits genannten Gründen ist aus der Gesamtverantwortung für die bedarfsgerechte Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen im Bereich der Rentenversicherung die in § 24 Abs. 2 PrävG-E vorgesehene Prolongierung der in der Prävention nicht genutzten Mittel nicht hinnehmbar. Es kann nicht sein, dass die Rentenversicherungsträger trotz Antragsrückganges als Folge der Arbeitsmarktsituation wegen ihrer angespannten Budgetlage einen Teil der begründeten Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch Selektion und Ablehnung auf einen späteren Zeitpunkt verschieben (dann allerdings wegen fortgeschrittener Beeinträchtigungen die Leistungen mit erhöhtem Kostenaufwand durchführen), während andererseits nicht ausgeschöpfte Mittel der Prävention prolongiert werden sollen