

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

AOK-Bundesverband, Bonn

BKK Bundesverband, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Bundesknappschaft, Bochum

See-Krankenkasse, Hamburg

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland

**Vorstellungen der Spitzenverbände
der Krankenkassen vom 22. Mai 2002**

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Einleitung	3
2. Ausgangslage	4
2.1 Akteure und Sachstand der Prävention in Deutschland	4
2.2 Maßgebliche Faktoren für den wachsenden Stellenwert der Prävention in der öffentlichen Diskussion	5
2.3 Rolle der GKV in der Prävention	6
2.4 Politische Reformnotwendigkeit	7
3. Anforderungen an eine zeitgemäße Prävention	8
3.1 Berücksichtigung des Präventionsgedankens in politischen Planungsprozessen und bei Investitionsprojekten	8
3.2 Orientierung an Zielen und Zielgruppen	8
3.3 Vernetzung und Kooperation aller relevanten Akteure	8
3.4 Befähigung, Aktivierung und Partizipation der Betroffenen	9
3.5 Integration von individuums- und kontextbezogenen Maßnahmen im Rahmen von Setting-Ansätzen	9
4. Defizite in der Prävention in Deutschland	10
4.1 Mangelnde Zielorientierung	10
4.2 Unterversorgung	10
4.3 Unkoordinierte Vorgehensweisen aufgrund normativer Zersplitterung	10
4.4 Rückzug des Staates von präventiven Aufgaben	11
4.5 Transparenzdefizit	11
5. Vorstellungen der GKV zur Weiterentwicklung der Prävention	11
5.1 Verständigung auf nationale Gesundheits- und Präventionsziele	11
5.2 Verbesserung der Kooperation und der Vernetzung der Akteure	11
5.3 Überprüfung der gesetzlichen Regelungen zur Prävention	12
5.4 Forum Prävention und Gesundheitsförderung	12
5.5 Stärkung der Finanzierungsgrundlagen	12
6. Zusammenfassung	13
7. Glossar	15

1. Einleitung

Im vorliegenden Papier werden die Bedeutung, die Defizite sowie die daraus resultierenden Reformnotwendigkeiten im Feld der vorbeugenden Gesundheitssicherung (Prävention und Gesundheitsförderung) als Bestandteil einer zielgerichteten, integrierten Gesundheitspolitik und -versorgung in Deutschland skizziert. Ausgangspunkt der folgenden Überlegungen sind dabei die Prämissen, dass Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland bislang unzureichend gelöste gesamtgesellschaftliche Aufgaben darstellen und dass aufgrund der Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung, der demographischen Entwicklung sowie der damit verbundenen Finanzierungsrisiken für die Individuen, die Gesellschaft und die GKV ein hoher Reformdruck besteht.

Gemessen an den für eine moderne Prävention geltenden Anforderungen ist die Praxis der Prävention in Deutschland insbesondere durch eine mangelnde Ziel- und Zielgruppenorientierung, Unterversorgung, unzureichende Kooperation der Akteure sowie eine Zersplitterung der Rechte, Pflichten, Vorschriften und der Träger gekennzeichnet.

Zur Entwicklung einer erfolgreichen und integrierten Präventionspolitik ist deshalb in einem ersten Schritt die Definition gemeinsamer Präventionsziele in einem gesamtgesellschaftlichen Prozess sowie die Vereinbarung der daraus resultierenden Aufgaben und Verantwortungen für die jeweiligen Akteure erforderlich. Zugleich ist die Kooperation und Vernetzung der im Feld der Prävention tätigen Akteure durch Rahmenvereinbarungen und die Institutionalisierung von themenbezogenen Foren und Allianzen zu verbessern. Schließlich sollten die bundes- und landesgesetzlichen Bestimmungen zur Prävention im Interesse eines koordinierten Vorgehens systematisch analysiert und soweit möglich harmonisiert werden. In diesem Prozess ist auch zu prüfen, ob eine einheitliche normative Plattform geschaffen werden kann, auf der durch Koordination, Kooperation und Konvergenz eine einheitliche Praxis der Prävention mit dem Ziel höherer Effektivität und Effizienz entstehen könnte.

Die genannten Reformschritte sollten von einem "Forum Prävention und Gesundheitsförderung", in dem alle relevanten Akteure vertreten sind, vorbereitet werden. In Weiterentwicklung dieser Arbeitsstruktur ist zu prüfen, ob zur dauerhaften Koordination übergreifender Präventionsziele und insbesondere zur Erschließung neuer Finanzmittel eine neue Organisationsstruktur zielführend ist.

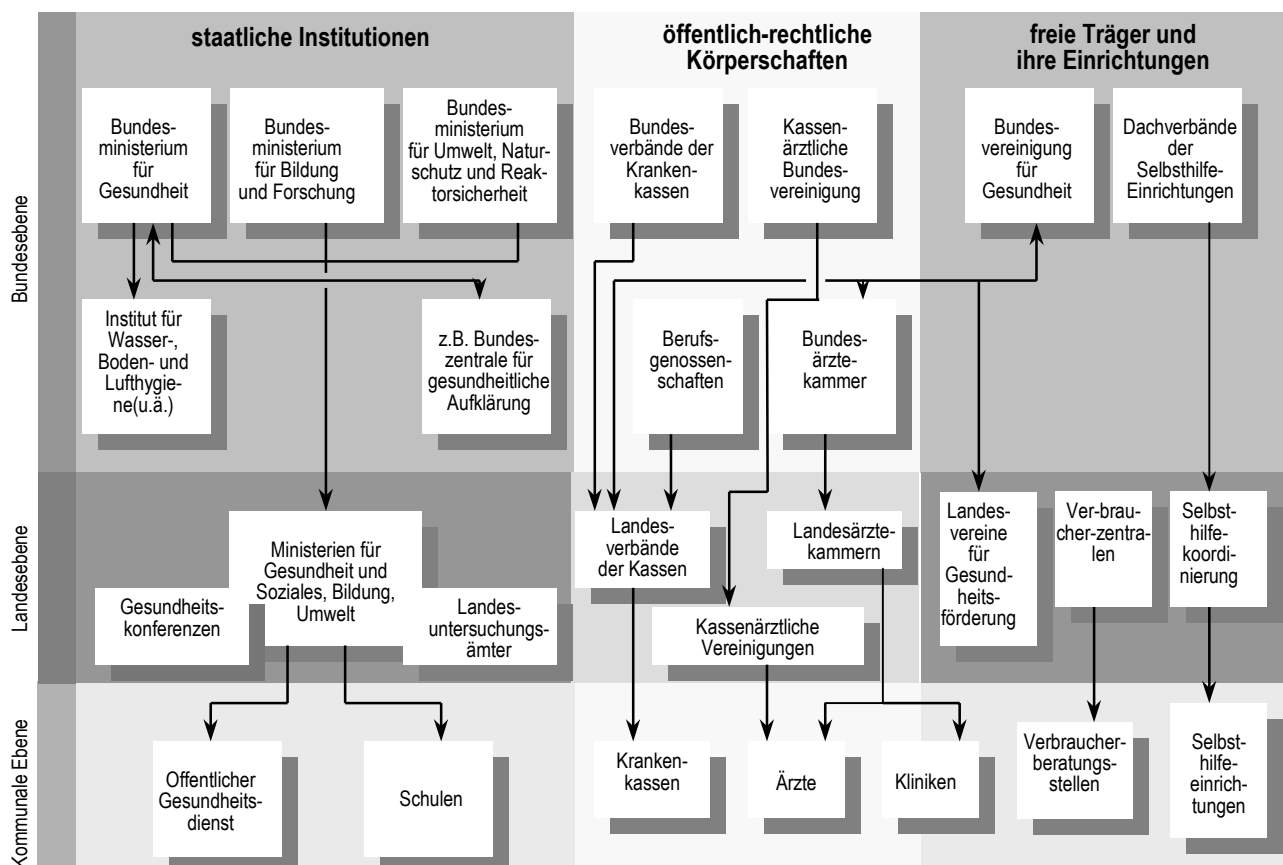
Mit der Verwirklichung der genannten Reformmaßnahmen würde in Deutschland schrittweise eine angemessene Berücksichtigung von Präventionsaspekten in den verschiedenen Politikbereichen gewährleistet werden. Gleichzeitig besteht die Chance, die GKV mittel- bis langfristig von überhöhten Ausgaben für Kuration und Rehabilitation zu entlasten. Schließlich wird das Ziel verfolgt, die bestehenden Kompetenzen der Krankenkassen in der Prävention zu stabilisieren und auszubauen, da sie im Rahmen eines Politikansatzes, der auf eine Intensivierung und Modernisierung der Präventionsaktivitäten ausgerichtet ist, gemeinsam mit den anderen Akteuren im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung eine unverzichtbare, wachsende Rolle wahrzunehmen haben.

2. Ausgangslage

2.1 Akteure und Sachstand der Prävention in Deutschland

Mit der Haupt- oder Nebenaufgabe Prävention und Gesundheitsförderung (Begriffserklärungen vgl. Abschnitt 7. Glossar) sind in Deutschland eine Vielzahl von Organisationen und Institutionen befasst: Neben staatlichen Stellen sind hier insbesondere die Körperschaften des öffentlichen Rechts sowie freie Vereinigungen und ihre Mitglieder zu nennen (Abb.). Die Bandbreite reicht von Bundesministerien über die Verbände der Krankenkassen und Unfallversicherungsträger bis zu Landesvereinigungen für Gesundheit und Selbsthilfegruppen. Aufgrund der Vielfalt der auf die Gesundheit der Bevölkerung einwirkenden Faktoren muss eine vollständige Bestandsaufnahme der in der Prävention tätigen Akteure auch Organisationen außerhalb des Gesundheitswesens sowie Politikbereiche umfassen, die ebenfalls eine ausgesprochen große Rolle für die Krankheitsverhütung bzw. Gesundheitserhaltung der Bevölkerung spielen. Hierzu zählen insbesondere die Institutionen des Umwelt- und Verbraucherschutzes, der Arbeitsmarkt- und Bildungspolitik.¹ Gleichzeitig spielen Interessen von Wirtschaftsunternehmen (z.B. Tabak- und Alkoholindustrie) eine bedeutende Rolle.

Abb.: Einrichtungen und Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene



Quelle: Walter, U; Schwartz, F.-W. (2001): Gutachten Prävention im Deutschen Gesundheitswesen, Hannover, S. 25

¹ Die Abbildung ist insbesondere um das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung einschließlich seiner nachgeordneten Behörden sowie die Rentenversicherungsträger zu ergänzen.

Eine Vernetzung und wechselseitige Abstimmung der Akteure und Politikbereiche (i.d.R. in themen- bzw. zielgruppenspezifischen Allianzen) findet zur Zeit nur im Ausnahmefall statt. Insbesondere steht die Einbeziehung der mittelbaren Präventionsakteure (Institutionen der **Umwelt-, Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Verbraucherschutzpolitik**) in Deutschland noch ganz am Anfang.

Gleichzeitig ist die gesundheitliche Versorgung in Deutschland durch eine Schieflage zwischen den Bereichen Kuration, Rehabilitation und Pflege auf der einen Seite sowie Prävention und Gesundheitsförderung andererseits gekennzeichnet. Die auf Krankenversorgung und Krankheitsfolgeleistungen ausgerichteten Versorgungsbereiche sind sowohl im Hinblick auf die verfügbaren Ressourcen als auch die Eindeutigkeit der gesetzlichen Leistungsansprüche gegenüber der Vorbeugung privilegiert.

2.2 Maßgebliche Faktoren für den wachsenden Stellenwert der Prävention in der öffentlichen Diskussion

In jüngerer Zeit wächst das Bewusstsein, dass die Stärkung der Prävention eine dringliche und notwendige Aufgabe darstellt. Gründe dafür sind:

Demographische Herausforderung

Die Erhöhung des Altersquotienten von derzeit 25 Prozent auf ca. 36 Prozent im Jahr 2040 wird die Krankheits- und Behinderungslast in der Bevölkerung ansteigen lassen, weil mit dem Alter insbesondere die chronischen Krankheiten zunehmen. Die Zunahme chronischer Krankheiten mit dem Alter ist aber kein ausschließlich schicksalhafter Prozess, sondern kann durch rechtzeitig eingeleitete Präventionsmaßnahmen beeinflusst werden. Ziel muss dabei sein, den Eintritt chronischer Erkrankungen auf einen möglichst späten Zeitpunkt kurz vor dem Tod zu verschieben ("Kompression von Morbidität"). Dass dies keine utopische Wunschvorstellung ist, zeigen Untersuchungen für den jüngsten Altenbericht der Bundesregierung, wonach sich der Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung in den 80er und 90er Jahren deutlich verbessert hat.

Unausgeschöpfte Rationalisierungspotenziale

Durch internationalen Vergleich lässt sich belegen, dass die in Prävention und Gesundheitsförderung liegenden Einsparmöglichkeiten hierzulande nicht im möglichen Umfang ausgeschöpft werden. Deutschland nimmt bezogen auf die absolute Höhe und den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt international einen Spitzenplatz (nach den USA) ein, liegt aber bezogen auf die Lebenserwartung der Bevölkerung nur im Mittelfeld der OECD-Länder mit vergleichbarem wirtschaftlichen und sozialen Niveau (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 2000/2001, Bd. 1, TZ. 103). Neben dem Abbau von Über- und Fehlversorgung in Kuration und Diagnostik liegen insbesondere im entschlossenen Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung erhebliche Effizienzreserven. Dieses "**präventive Rationalisierungspotenzial**" beziffert der Sachverständigenrat auf 25-30 Prozent der derzeitigen Gesundheitsausgaben (Ebd. TZ. 115). Ungeachtet der Frage, ob man sich diese Größenordnung zu Eigen macht, bleibt festzustellen, dass die Aktivierung auch nur eines Teils der Rationalisierungsreserven auch ein Mehr an Lebens- und Arbeitsqualität sowie eine höhere gesamtgesellschaftliche Produktivität zur Folge hätte.

Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Zunehmend setzt sich die Erkenntnis durch, dass die vorbeugende Gesundheitssicherung als eine **gesamtgesellschaftliche Aufgabe** zu betrachten ist, die weit über die etablierten Ansätze und Institutionen des Gesundheitswesens und das System der Krankenversicherung und -versorgung hinausweist. Ihre Lösung erfordert ein langfristig angelegtes Zusammenwirken unterschiedlicher Institutionen in geordneter Form, da die Haupteinflussfaktoren auf die Entstehung von Krankheiten und die Lebenserwartung der Bevölkerung zum großen Teil außerhalb des medizinischen Versorgungssystems liegen.

Die auf das Gesundheitswesen zurückzuführenden Verbesserungen der Lebenserwartung betragen nach den Berechnungen des Sachverständigenrates nur zwischen 10 und 30 Prozent der insgesamt erzielten Lebensverlängerung in den Industriestaaten. Wesentliche Einflussfaktoren liegen z.B. im Bereich des Arbeitsmarkts und der Einkommens- und Vermögensverteilung, im Bildungs- und Verkehrswesen, in der Umweltqualität, den Arbeitsbedingungen und den Wohnverhältnissen sowie dem persönlichen Lebensstil.

2.3 Rolle der GKV in der Prävention

Gesetzlicher Rahmen und darauf beruhende Aktivitäten der Krankenkassen in der Prävention

Die Verankerung der Prävention in der GKV blickt auf eine vergleichsweise kurze und wechselvolle Geschichte zurück:

1989 wurde mit dem Gesundheitsreformgesetz die Prävention erstmals als Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen im SGB V verankert. In der Folge wurden von den Krankenkassen Kompetenzen, Strukturen sowie Kooperationen mit anderen Akteuren auf diesem Feld aufgebaut. Neben der betrieblichen Gesundheitsförderung konzentrierten sich die Aktivitäten der Krankenkassen vorrangig auf die individuelle Prävention durch Gruppen- und Einzelberatungen.

Infolge der Novellierung von § 20 SGB V im Rahmen des Beitragsentlastungsgesetzes 1996 musste die kassentragene Prävention und Gesundheitsförderung stark zurückgefahren werden. Zwischen 1997 und 2000 war die GKV auf die medizinische Prävention durch Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen sowie die Mitwirkung an der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung beschränkt. Gesetzliche Möglichkeiten zur Durchführung eigenständiger Interventionsmaßnahmen im Bereich der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung besaßen die Krankenkassen in diesem Zeitraum nicht mehr. Hierdurch wurde die zuvor eingeleitete Entwicklung von Strukturen und Kompetenzen in diesem Bereich stark zurückgeworfen.

Durch die Wiederverankerung der Primärprävention (Soll-Leistung) sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung (Kann-Leistung) mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 erhielten die Krankenkassen erneut ein gesetzliches Mandat. Maßnahmen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten.

Zur Sicherstellung einer hohen Qualität ihrer Aktivitäten und zur Vermeidung wettbewerbsbedingter Fehlentwicklungen haben die GKV-Spitzenverbände gemäß dem gesetzlichen Auftrag **"Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung" (Leitfaden)** definiert. Entsprechend dem epidemiologisch ableitbaren Bedarf der Bevölkerung werden darin wirksame präventive Aktivitäten in den Handlungsfeldern "Bewegung", "Ernährung", "Stressreduktion / Entspannung" sowie "Genuss- und Suchtmittelkonsum" hinsichtlich

Zielgruppen, Inhalten, Methodik sowie Anbieterqualifikationen für die Krankenkassen verbindlich festgelegt. Darüber hinaus empfiehlt der Leitfaden für die Setting-bezogene Gesundheitsförderung, z.B. in Betrieben und Schulen, den Krankenkassen qualitätsgesicherte Vorgehensweisen und Maßnahmen entsprechend dem aktuellen Stand der Gesundheitswissenschaften. Sowohl an der Erstellung als auch an der Weiterentwicklung dieses Leitfadens beteiligen die GKV-Spitzenverbände unabhängigen Sachverstand. Flankierend werden die erbrachten Leistungen kontinuierlich **dokumentiert** (und in Zukunft auch **evaluiert**).

Wirkungen des Wettbewerbs auf die Prävention der GKV

Der Wettbewerb als Ordnungsprinzip in Prävention und Gesundheitsförderung der Krankenkassen kann produktive Effekte auslösen. Er regt zu Innovationen und zu einer auf die Bedürfnisse der Versicherten orientierten Leistungspolitik an. So haben die Krankenkassen nach der GKV-Gesundheitsreform 2000 umgehend damit begonnen, den gesetzlichen Handlungsrahmen durch eine Vielzahl qualitativ hochwertiger und innovativer Projekte und Maßnahmen im betrieblichen und außerbetrieblichen Bereich zu nutzen. Diese Ansätze zeigen, dass Prävention und Gesundheitsförderung von den Krankenkassen auch unter Wettbewerbsbedingungen in sinnvoller Weise zum vorbeugenden Gesundheitsschutz ihrer Versicherten sowohl im individuellen als auch betrieblichen Bereich eingesetzt werden.

Soweit wichtige Aufgaben der Präventionspolitik im Wettbewerb vernachlässigt werden, sind weitere Vereinbarungen zugunsten eines produktiven Zusammenwirkens der verantwortlichen Akteure zu treffen.

Erwartungen an die GKV und tatsächliche Handlungsmöglichkeiten

Mit der Wiederbelebung des präventiven Handlungsauftrags ist in Öffentlichkeit, Politik und Wissenschaft eine hohe Erwartungshaltung entstanden, der durch die tatsächlich möglichen Maßnahmen der Krankenkassen nicht entsprochen werden kann. Wie unter Abschnitt 2.2 ausgeführt, hat die GKV nur geringen Einfluss auf Belastungen und Fehlverhaltensweisen, die hauptsächlich verantwortlich sind für die kostspielig zu versorgenden, meist chronischen Krankheiten. Durch den vorgegebenen finanziellen Spielraum von 2,62 Euro pro Versicherten und Jahr (2002) lassen sich zudem keine flächendeckenden Maßnahmen entsprechend dem Bedarf durchführen. Hinzu kommt, dass die mangelnde Kooperation im Feld der Prävention, wie weiter unten ausgeführt wird, zu problematischen Entwicklungen in Teilbereichen führt.

Vor diesem Hintergrund sieht sich die GKV unberechtigterweise teilweise heftiger Kritik aus den Reihen der Sachverständigen und der Politik ausgesetzt, die in der Drohung kulminiert, ihr die soeben erst geschaffenen präventiven Kompetenzen zumindest in Teilbereichen wieder zu entziehen.

2.4 Politische Reformnotwendigkeit

Die Umsetzung der Prävention in Deutschland ist defizitär. Das angenommene "präventive Rationalisierungspotenzial" wird unter den derzeitigen Bedingungen nicht annähernd ausgeschöpft werden können.

Die Folgen dieser Defizite in der Prävention, die sich in erhöhter Morbidität niederschlagen, trägt fast ausschließlich die GKV. Die GKV hat jedoch im Rahmen ihrer Zuständigkeiten nur einen begrenzten Einfluss auf die Ausgestaltung der Prävention in Deutschland und kann deswegen die bestehenden Defizite (z.B. gesellschaftspolitisch bedingte Defizite) nicht oder nicht alleine bewältigen. Gleichzeitig muss die GKV jedoch ein hohes Interesse an einer zielgerichteten und effektiven Umsetzung der Prävention haben. Notwendig ist deswegen die Entwicklung einer **übergreifenden integrierten Präventionspoli**

tik mit einer entsprechenden Zielorientierung und Kooperation der auf diesem Feld tätigen Akteure sowie eine Verbreiterung der finanziellen Basis.

Im folgenden werden die Anforderungen an eine moderne Prävention (Abschnitt 3), die bestehenden Defizite in der Prävention in Deutschland (Abschnitt 4) sowie die auf ihre Behebung zielenden Reformvorstellungen der GKV (Abschnitt 5) skizziert.

3. Anforderungen an eine zeitgemäße Prävention

Eine moderne Strategie vorbeugender Gesundheitssicherung sollte die folgenden Anforderungen in den Mittelpunkt ihrer praktischen Ausrichtung stellen:

3.1 Berücksichtigung des Präventionsgedankens in politischen Planungsprozessen und bei Investitionsprojekten

Angesichts der Gesundheitsrelevanz insbesondere von staatlichen und privaten Großprojekten (z.B. Verkehrsinfrastruktur, Energieversorgung, Abfallentsorgung) sollten Gesundheits- und Sozialverträglichkeitsprüfungen (analog den bereits etablierten Umweltverträglichkeitsprüfungen) verpflichtend Bestandteil der Planungsprozesse werden. Im Rahmen dieser Prüfungen sind neben den "harten" Faktoren (z.B. Belastungen durch Lärm oder toxische Substanzen) auch Elemente der subjektiven Wohn- und Lebensqualität zu berücksichtigen. Durch Gesundheits- und Sozialverträglichkeitsprüfungen sollen keine Investitionshemmnisse geschaffen, sondern eine Synthese von wirtschaftlichen Parametern mit Belangen der Gesundheit und Lebensqualität erreicht werden. Hier bietet sich insbesondere für den **Öffentlichen Gesundheitsdienst** ein neues und noch weitgehend unbearbeitetes Betätigungsfeld. Die Krankenkassen können diese Entwicklung durch Bereitstellung von Daten der **Gesundheitsberichterstattung** unterstützen.

3.2 Orientierung an Zielen und Zielgruppen

Ausgehend von gesellschaftlich konsentierten nationalen **Gesundheits- bzw. Präventionszielen** sollten präventive Maßnahmen vorrangig am Bedarf besonders belasteter oder gefährdeter **Zielgruppen** orientiert werden. Zielgruppen können territorial (z.B. Kommunen), sozial (z.B. Menschen in vergleichbaren sozialen Lagen), nach Altersgruppen (z.B. Lebensphase Alter), nach Geschlecht, nach gemeinsamen Risikoprofilen oder kontextbezogen ("Setting") abgegrenzt werden. Eine konsequente Ziel- und Zielgruppenorientierung steigert die Effizienz und Effektivität der Versorgung.

3.3 Vernetzung und Kooperation aller relevanten Akteure

Die vorbeugende Bekämpfung der heute die Krankheits- und Todesursachenstatistik anführenden chronisch-degenerativen Krankheiten macht Interventionen in unterschiedlichen Lebensbereichen (Ausbildung, Arbeit, Wohnen, Freizeit) und in verschiedenen Lebensabschnitten (Kindheit, Jugend, Erwerbsphase, Alter) erforderlich, für die unterschiedliche Institutionen und Kostenträger zuständig sind.

Als Beispiel für die Notwendigkeit einer **präventiven Mehrebenenstrategie** können die Herz-Kreislauf-Krankheiten dienen, die mit ca. 50 Prozent aller Todesursachen die Sterblichkeitsstatistik anführen. Dass die Sterblichkeit an Krankheiten dieser Gruppe in Deutschland trotz seines Spitzenplatzes bei den medizinisch-technischen Behandlungsverfahren (Bypass-Operationen und Ballondilatationen) um 20 Prozent über dem EU-Durchschnitt (und sogar um mehr als 70 Prozent über derjenigen des bestplatzierten Landes Frankreich) liegt, spricht für ein **erhebliches unausgeschöpftes Präventionspotenzial**. Herz-Kreislauf-Todesfälle lassen sich durch einen bewegungsorientierten Lebensstil um bis zu 50 Prozent und die Herzinfarkt mortalität durch angemessenes Stressmanagement um bis zu 22 Prozent senken. Durch eine Reduktion des Fettverzehr um

bis zu 10 Prozent, des Anteils tierischer Fette und durch Zurückdrängung des Rauchens verringert sich das Risiko weiter.

Eine **konzertierte Präventionsstrategie** hätte den Öffentlichen Gesundheitsdienst (für die Initiierung und Durchführung gemeindebezogener Aktivitäten), die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger, qualifizierte Leistungserbringer (bspw. zur Durchführung von Maßnahmen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Tabakkonsum), die niedergelassene Ärzteschaft (präventive Beratungen) und Rehabilitationseinrichtungen (tertiärpräventive Nichtraucherurse usw. direkt in der Klinik) einzubinden.

Da der Grundstein für Herz-Kreislauf- und viele andere chronische Krankheiten meist bereits im Kindes- und Jugendalter gelegt wird, ist besonderes Augenmerk auf die frühzeitige Sensibilisierung dieser Altersgruppen gegenüber Risikofaktoren für Zivilisationskrankheiten (ungesunde Ernährung, Suchtmittelkonsum, Bewegungsarmut) sowohl mittels schulischer Gesundheitserziehung, (kinder-) ärztlicher Beratung und dem Angebot attraktiver Alternativen zu gesundheitsschädigendem Freizeitverhalten zu legen.

Zur Vermeidung bzw. Reduktion psychischer Belastungen als Risikofaktor u.a. für Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Arbeitswelt sind konzertierte Vorgehensweisen unter Einbindung aller in diesem Bereich Verantwortung Tragenden (insbesondere Sozialpartner, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen) erforderlich. Im Rahmen des "Integrationsprogramms Arbeit und Gesundheit" (IPAG) wurde ein solches kooperatives Vorgehen bereits erfolgreich initiiert. Die Initiative des BMA zur "**Neuen Qualität der Arbeit**" versucht ebenfalls eine solche Vernetzung in der Arbeitswelt zu initiieren und startet mit der Aktion "Gemeinsam gegen Stress am Arbeitsplatz".

Die Vernetzung der genannten und weiterer Institutionen und ihre Einbindung in eine Gesamtstrategie bildet eine zentrale Voraussetzung für erfolgreiche Prävention.

3.4 Befähigung, Aktivierung und Partizipation der Betroffenen

Schlüsselvariable für den Erfolg von präventiven Strategien sind die Mobilisierung, Kompetenzsteigerung und Aktivierung von Zielgruppen (Empowerment). Das zeigt sich vor allem in den diesbezüglich erfolgreichen Kampagnen der Aids-Prävention sowie in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Auf beiden Feldern ist es gelungen, durch die Unterstützung und Förderung von Kommunikation und Gruppenzusammenhalt Gesundheitsrisiken im Verhalten wie auch der physischen und sozialen Umwelt sowohl kollektiv zu identifizieren als auch zurückzudrängen.

Die derzeit diskutierten Vorschläge zur Förderung gesundheitlicher Eigenverantwortung setzen stark auf das Instrument der finanziellen Anreize (nach dem Beispiel der Bonusregelung bei der Versorgung mit Zahnersatz). Finanzielle Anreize **allein** sind jedoch für eine nachhaltige Verbesserung der gesundheitlichen Souveränität und Eigenverantwortung der Einzelnen nicht ausreichend. Gemäß dem Grundgedanken der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung liegt insbesondere in der Erschließung und Verstetigung von Selbstbestimmungsmöglichkeiten des Einzelnen über die seine Gesundheit beeinflussenden Faktoren der Schlüssel zu realer gesundheitlicher Eigenverantwortung.

3.5 Integration von individuums- und kontextbezogenen Maßnahmen im Rahmen von Setting-Ansätzen

Entsprechend den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollten präventive Leistungen die Adressaten am zweckmäßigsten direkt in ihrem Lebensumfeld - Betrieb, Schule, Familie, Stadtteil - erreichen (Setting-Ansatz). Dieser bietet gute Möglichkeiten, Personen mit höheren Gesundheitsrisiken und / oder sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen gezielt anzusprechen. Gleichzeitig vermeidet er unerwünschte Stigmatisierungseffekte, da in den Settings nicht ausschließlich sozial oder gesundheitlich

Benachteiligte anzutreffen sind. Schließlich ermöglicht der Setting-Ansatz die Kombination verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen und bei entsprechend langfristiger Anlage eine größere Nachhaltigkeit der Effekte.

Von grundsätzlicher Bedeutung ist hierbei die Vernetzung bereits bestehender Initiativen mit den Aufgabenfeldern der GKV, wobei die jeweiligen Rollen der Einzelakteure klar definiert werden müssen.

4. Defizite der Prävention in Deutschland

Verglichen mit den in Abschnitt 3 genannten Anforderungen an eine zeitgemäße Prävention weist die Praxis der Prävention in Deutschland insbesondere folgende Defizite auf:

4.1 Mangelnde Zielorientierung

Bislang fehlt in der deutschen Präventionspolitik die orientierende und mobilisierende Kraft nationaler **Gesundheitsziele**, welche für alle Akteure einen hohen Verbindlichkeitsgrad haben. Die bislang bestehende Unschärfe in der Prioritätensetzung hat zur Folge, dass den verschiedenen Präventionsakteuren weder die zu verfolgenden Ziele noch die für sie anfallenden Umsetzungsaufgaben hinreichend deutlich sind.

4.2 Unterversorgung

Gemessen am präventiven Bedarf der Bevölkerung, wie er sich in epidemiologischen Untersuchungen widerspiegelt, ist die Versorgung mit Präventionsleistungen verbesserungsbedürftig (Kirschner, W. u.a.: § 20 SGB V: Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen, St. Augustin 1996). Besonders ausgeprägt ist dieses Versorgungsdefizit in sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten, bei denen oftmals hohe Gesundheitsbelastungen mit mangelndem gesundheitlichen Bewusstsein und Verhalten zusammentreffen.

4.3 Unkoordinierte Vorgehensweisen aufgrund normativer Zersplitterung

Die für die Prävention, Gesundheitsförderung und den Arbeitsschutz geltenden Normen sind auf eine Vielzahl von Gesetzen verstreut, die nur im Ausnahmefall durch Verweise miteinander verknüpft sind. Insbesondere sind bundesgesetzliche Regelungen (SGB V) mit den landesgesetzlich geregelten Bereichen (z.B. ÖGD-Gesetze der Länder) nur unzureichend verzahnt.² Darüber hinaus findet eine Zusammenarbeit mit den mittelbar für Prävention zuständigen Bereichen wie z.B. dem Verbraucher- und Umweltschutz mit den "klassischen" Präventionsakteuren so gut wie nicht statt. Folge ist häufig eine mangelnde Koordination der Aktivitäten: In der schulischen Gesundheitsförderung sind z.B. die Schulträger, die Schulministerien der Länder, die BZgA, der ÖGD, die Landesvereinigungen für Gesundheit, die Unfallversicherer der öffentlichen Hand und seit 2000 auch wieder die Krankenkassen aktiv. Eine übergreifende Koordination und Organisation präventiver/gesundheitsfördernder Maßnahmen mit klarer Verteilung der Aufgaben und Finanzierungsverantwortung ist nur in Ansätzen erkennbar, etwa bei der in einer Rahmenvereinbarung geregelten Zusammenarbeit zwischen gesetzlicher Unfall- und Krankenversicherung zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Auch Datenschutzprobleme spielen bei der mangelnden Koordination der Vorgehensweise eine Rolle.

² Eine Ausnahme hiervon bildet die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V, welche die Krankenkassen, die für die Jugend-Zahngesundheitspflege zuständigen Stellen in den Ländern sowie die zahnärztlichen Standesvertretungen zur Zusammenarbeit verpflichtet.

4.4 Rückzug des Staates von präventiven Aufgaben

Im langfristigen Trend wurden viele Aufgaben öffentlicher präventiver Daseinsvorsorge, für die traditionell die **Gesundheitsämter** zuständig waren, entweder vernachlässigt bzw. teilweise auf die Sozialversicherungsträger verlagert. Beispiele hierfür sind das Impfwesen, die Krankheitsfrüherkennung sowie die Schulgesundheitspflege. Deutlich wird diese Entwicklung auch am Anteilsrückgang des ÖGD auf mittlerweile unter 1 Prozent der Gesamtausgaben (Gesundheitsbericht für Deutschland, S. 294).

4.5 Transparenzdefizit

Immer mehr Gesundheits- und Sozialberufe bieten in den präventiven Handlungsfeldern eine wachsende Vielfalt unterschiedlicher Leistungen an. Diese prinzipiell begrüßenswerte Entwicklung ist für die Nutzer und Adressaten der Leistungen jedoch nur dann von Vorteil, wenn Klarheit über die Kompetenzen und Zuständigkeiten dieser Berufe besteht, woran es zur Zeit noch häufig fehlt. Darüber hinaus mangelt es für die Bürger, Betriebe, aber auch für Experten häufig auch an Transparenz über die bestehenden gesetzlichen Regelungen in der Prävention und die vor Ort vorhandenen Angebote. Beides erschwert eine Verankerung des Vorsorgegedankens im öffentlichen Bewusstsein.

5. Vorstellungen der GKV zur Weiterentwicklung der Prävention

Zur Behebung der vorstehend aufgeführten Defizite müssen die Prävention und Gesundheitsförderung organisatorisch, normativ und finanziell nachhaltig gestärkt werden. Es liegt im **gemeinsamen Interesse der GKV**, die nachfolgend beschriebenen Reformansätze initiativ aufzugreifen und mitzugestalten, ohne dabei die eigenen Kompetenzen und Zuständigkeiten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der individuellen Prävention zu schmälern. In den nachfolgenden Reformvorschlägen wurden auch zentrale vom Runden Tisch der Bundesgesundheitsministerin (Arbeitsgruppe "Stärkung der Prävention") erarbeitete Anregungen berücksichtigt.

5.1 Verständigung auf Nationale Gesundheits- und Präventionsziele

Voraussetzung für die Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung sind **Nationale Gesundheits- und Präventionsziele**, die in einem gesamtgesellschaftlichen Prozess zu definieren sind. Die bereits bestehenden Ansätze auf Landesebene (z.B. die in NRW entwickelten 10 vorrangigen Gesundheitsziele) sowie das Projekt "gesundheitsziele.de" des Bundesgesundheitsministeriums und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung, können hierfür wichtige Anregungen liefern. Zur Umsetzung der nationalen Gesundheits- und Präventionsziele sind die von den verschiedenen Akteuren zu erfüllenden Aufgaben- und Arbeitsschritte konkret zu benennen. Zur Überprüfung der Zielerreichung sind Controllingmechanismen vorzusehen.

5.2 Verbesserung der Kooperation und der Vernetzung der Akteure

Die Kooperation und Vernetzung der verschiedenen Akteure ist auf allen Ebenen zu verbessern und Prävention als Bestandteil des Versorgungsmanagements (Vernetzung von Versorgungsstrukturen) zu begreifen. Dazu sind die Schnittstellen zwischen den Aufgaben der Akteure zu identifizieren und die Zusammenarbeit zu optimieren. Ggf. ist zur Verbesserung der Kooperation der Akteure der Abschluss von Rahmenvereinbarungen analog der bestehenden Rahmenvereinbarung zwischen der Unfall- und der Krankenversicherung zweckdienlich.

5.3 Überprüfung der gesetzlichen Regelungen zur Prävention

Die für die Prävention und Gesundheitsförderung geltenden gesetzlichen Normen sollten geprüft und ggf. harmonisiert werden, um die Transparenz sowohl auf der Fach- als auch auf der Bürgerebene zu erhöhen. Hierfür sind die erforderlichen Vorarbeiten zu koordinieren. In diesem Zusammenhang begrüßt die GKV die Initiative des "**Runden Tisches**" zur kritischen Analyse des präventionsrelevanten Normengefüges in Deutschland.

5.4 Forum Prävention und Gesundheitsförderung

Zur erfolgreichen Stärkung der Prävention im Rahmen einer konzertierten Aktion sind von vornherein alle relevanten Akteure einzubeziehen und das Vorgehen zu koordinieren. Daher sollte ein aus der Arbeitsgruppe 5 ("Stärkung der Prävention") hervorgegangenes Gremium – ein Forum Prävention und Gesundheitsförderung – gebildet werden, in dem alle für die Prävention und Gesundheitsförderung Verantwortung tragenden Akteure vertreten sind (z.B. Bund, Länder, ÖGD, Krankenkassen, Unfallversicherung, BMG, BMA usw.). Dieses Forum sollte die o.g. notwendigen Reformmaßnahmen zur Stärkung der Prävention umsetzungsreif vorbereiten.

5.5 Stärkung der Finanzierungsgrundlagen

Einbeziehung neuer Finanzierungsquellen

Derzeit entfallen auf die Krankheitsvorbeugung und Gesundheitsförderung nur 8,9 Mrd. EUR oder 4,5 Prozent aller Gesundheitsausgaben in Deutschland. Hauptkostenträger sind neben der GKV (36 Prozent) die privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (21 Prozent), die öffentlichen Haushalte (17 Prozent) und die Arbeitgeber (13 Prozent) (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2001).

Diese Zahlen verdeutlichen das niedrige Niveau der vom Staat beigesteuerten Finanzressourcen. Eine Verstärkung insbesondere öffentlicher Präventionsausgaben sollte angestrebt werden.

Aufgrund der unzulänglichen finanziellen Ausstattung der Prävention ist es erforderlich, neue Finanzierungsquellen auch außerhalb des Gesundheitswesens und des staatlichen Bereiches, z.B. von der **Auto-, Tabak- sowie Alkoholindustrie** zu erschließen. In die Gesamtfinanzierung ist schließlich neben den etablierten staatlichen und öffentlich-rechtlichen Präventionsakteuren auch die **private Krankenversicherung** einzubinden.

Gemeinschaftliche Finanzierung

Insbesondere die Zielgruppe der sozial Benachteiligten ist mit präventiven Leistungen unterversorgt. Für diese Zielgruppe ist ein gemeinsames Engagement der GKV im Rahmen ihrer Zuständigkeit mit anderen Akteuren einschließlich projektbezogener gemeinsamer Finanzierung notwendig. Im Rahmen einer solchen gemeinsamen Finanzierung sind die finanziellen Lasten ausgewogen zu verteilen und die Akteure müssen im Verhältnis ihres finanziellen Engagements Einfluss auf die inhaltliche Schwerpunktsetzung haben.

6. Zusammenfassung

1. Die GKV begrüßt, dass Prävention und Gesundheitsförderung als wissenschaftlich anerkannte Aufgabenfelder zunehmend **politische und gesellschaftliche Akzeptanz** erfahren und das BMG diese Entwicklung durch die Erarbeitung von Strategien und Konzepten vorantreibt. Die GKV selbst hat sich u.a. mit dem GKV-Leitfaden zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V und Dokumentations- und Qualitätssicherungsinstrumenten zu qualitativ abgesicherten Angeboten verpflichtet.
2. Die GKV teilt die vom Sachverständigenrat und der AG 5 des Runden Tisches im Gesundheitswesen erstellten Analysen der strukturellen **Defizite** grundsätzlich. Zusätzlich leistet das finanzielle Missverhältnis zwischen den Bereichen Kuration, Rehabilitation und Pflege auf der einen Seite sowie Gesundheitsförderung und Prävention auf der anderen Seite in der Bevölkerung einem konsumtiven, reparaturorientierten Gesundheitsbewusstsein Vorschub.
3. Prävention ist eine **gesamtgesellschaftliche Aufgabe**, die über die etablierten Ansätze und Institutionen des Gesundheitswesens und das System der Krankenversicherung hinausweist. Haupteinflussfaktoren für die Entstehung von Krankheiten und auf die Lebenserwartung liegen außerhalb des medizinischen Versorgungssystems, insbesondere im Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Umweltbereich sowie der Verteilung der Einkommen.
4. Zur gesamtgesellschaftlichen Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention würdigt die GKV insbesondere die Vielfalt der Akteure und fordert sie zur interdisziplinären und ressortübergreifenden Kooperation auf. Dies führt zu Synergieeffekten deutlich über das medizinische Versorgungssystem hinaus. Die **Koordination und Kooperation** müssen dabei der Umsetzung gesellschaftlich konsentierter nationaler Gesundheitsziele dienen und auf allen Ebenen, insbesondere in konkreten Projekten, realisiert werden.
5. Das **Aktivitätenspektrum** der GKV reicht von Gesundheitsförderung und Primärprävention über Zahnprophylaxe, Früherkennung/medizinische Vorsorge und Impfung bis hin zu Sekundär-/Tertiärprävention. Dabei setzt die GKV insbesondere bei den Settingansätzen auf gemeinschaftliches Engagement mit anderen Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens. Speziell im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung und bei der Zahnprophylaxe hat die GKV schon nachweisliche Erfolge erzielt. Bei ihren Aktivitäten sieht sich die GKV auch als Multiplikator und Moderator und stärkt die Eigenverantwortung der Versicherten.
6. Der **Wettbewerb** als Ordnungsprinzip der Krankenkassen kann im Sinne eines Qualitätswettbewerbs in der Prävention produktive Effekte auslösen, indem er zu Innovationen und zu einer auf die Bedürfnisse der Versicherten orientierten Leistungspolitik anregt. Allerdings gibt es Aufgaben in der Gesundheitsförderung und Prävention (v.a. verhältnisorientierte Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten mit Fokus auf sozial Benachteiligte), die auch jenseits des Wettbewerbs von den Krankenkassen und anderen verantwortlichen Akteuren gemeinschaftlich und koordiniert angegangen werden sollten.
7. Ausgehend von gesellschaftlich konsentierten **nationalen Gesundheitszielen** sollten präventive Maßnahmen vorrangig am Bedarf besonders belasteter oder gefährdeter Zielgruppen orientiert werden. Durch konsequente Ziel- und Zielgruppenorientierung steigt die Effizienz und Effektivität der Versorgung, was im Interesse der GKV liegt.
8. Die GKV legt im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags und ihrer Einflussmöglichkeiten einen besonderen Schwerpunkt ihres Engagements auf **sozial Benachteiligte**. Ge

meinsam mit anderen verantwortlichen Akteuren wirkt die GKV darauf hin, dass im Sinne des Settingansatzes gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen und Organisationsstrukturen gezielt unter Einbeziehung und Mitwirkung der Betroffenen verbessert und langfristig stabile Verhaltensänderungen im Alltag ermöglicht werden.

9. Die GKV unterstützt die Empfehlung des Runden Tisches im Gesundheitswesen, die Kooperation aller verantwortlichen Akteure in Deutschland in einem **Forum Prävention und Gesundheitsförderung** zu verstetigen. Das Forum soll Reformschritte bezüglich der bundesweiten Koordination und praxisorientierten Kooperation initiieren und damit zu einer Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland beitragen.
10. Die GKV begrüßt die vom BMG in Auftrag gegebene **Überprüfung der bestehenden gesetzlichen Regelungen** zur Prävention im Hinblick auf ihren Harmonisierungsbedarf.
11. Zur Reform der Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist eine umfängliche **Finanzierung** durch alle zuständigen Institutionen und Ressorts (u.a. Bund, Länder, Kommunen, BMG, BMA, Kultus) nötig. Die GKV ist dabei ein wichtiger Akteur mit eigenständigen Aufgabenfeldern. Zusätzliche präventive Aufgaben sind allerdings nur durch die Erschließung neuer Finanzquellen und durch mittelfristige Umschichtung von der Kuration hin zur Prävention zu lösen. Insbesondere Settingansätze zur Reduzierung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen in Kommunen und Schulen sind von den verantwortlichen Akteuren gemeinsam zu finanzieren.

Die Umsetzung der vorstehend skizzierten Reformschritte würde die Prävention normativ, organisatorisch und finanziell stärken, die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung verdeutlichen sowie mittel- und langfristig den Gesundheitsstatus der Bevölkerung verbessern.

Dies wäre im Ergebnis ein wichtiger Baustein hin zu einer umfassenden Modernisierung der Gesellschaft. Darüber hinaus würden die Eigenverantwortung und die Souveränität der Bürger gestärkt und ein Mehr an Lebensqualität erreicht.

7. Glossar

- **Primärprävention:** Verhinderung des Neuauftretens von Erkrankungen durch Ausschaltung von Krankheitsursachen/Risikofaktoren vor dem Auftreten einer manifesten Schädigung. Üblicherweise wird in der Primärprävention noch einmal nach dem jeweils zugrundeliegenden Handlungsansatz definitorisch unterschieden nach
 - **Verhaltensprävention:** Unterstützung (Beratung, Motivation, praktische Anleitung) der Versicherten bei der Vermeidung / Aufgabe gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen und
 - **Verhältnisprävention:** Änderung von Strukturen und Abläufen innerhalb der materiellen und sozialen Umwelt (Organisationen, Betriebe, Schulen, Stadtteile usw.) mit dem Ziel der vorbeugenden Ausschaltung von Gesundheitsgefahren.
- **Sekundärprävention:** Gezielte Reihenuntersuchungen auf Vor- und Frühstadien von Erkrankungen (ohne klinisch nachweisbare Symptomatik) und ihre möglichst frühzeitige Behandlung.
- **Tertiärprävention (Rehabilitation):** Verhütung einer Krankheitsverschlimmerung und Erhaltung/Stärkung der dem Kranken verbliebenen Kompetenzen im körperlichen und geistigen Bereich sowie bei der Teilhabe am sozialen Leben.
- **Gesundheitsförderung:** Stärkung von unspezifischen Widerstandsressourcen gegenüber Krankheiten im allgemeinen und Förderung der Bedingungen der Gesunderhaltung (z.B. durch soziale Unterstützung und/oder mittels eines guten „Organisationsklimas“ in Betrieben und Behörden).
- **Setting-Ansatz:** „Setting“ bezeichnet diejenigen Lebensbereiche, in denen die Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen (Arbeitsplatz, Schule, Wohnort etc.) und die einen besonders starken Einfluss auf die Gesundheit haben. Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die beim Setting ansetzen, gelten als besonders erfolgsversprechend, denn:
 - Verhaltensänderungen sind nur möglich und langfristig stabil, wenn sie in den Alltag integriert werden können und mit den jeweiligen Gewohnheiten und Werten übereinstimmen.
 - In den Settings können gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen gezielt unter Einbeziehung und Mitwirkung der Betroffenen verbessert werden.
 - Die jeweiligen sozialen Gefüge und Organisationsstrukturen werden berücksichtigt und zur besseren Erreichung der Zielgruppen sowie Sicherung langfristiger Erfolge genutzt.