

Arbeitspapiere für STAATSWISSENSCHAFT

Nr. 13

Präventionsgesetz im Interessenkonflikt zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung

von

Leonhard Hajen

Dezember 2004

ISSN 1613-7000

Working Papers on ECONOMIC GOVERNANCE



Die Arbeitspapiere für STAATSWISSENSCHAFT/ Working Papers on ECONOMIC GOVERNANCE' werden in unregelmäßiger Folge vom Lehrstuhl ‚Finanzwissenschaften‘ an der HWP – HAMBURGER UNIVERSITÄT FÜR WIRTSCHAFT UND POLITIK ausschließlich in elektronischer Form herausgegeben:

Prof. Dr. Arne Heise
HWP
Von-Melle-Park 9

20146 Hamburg

Tel.: -49 40 42838 2209

e-mail: HeiseA@hwp-hamburg.de

Verzeichnis aller Arbeitspapiere und anderer Veröffentlichungen/ List of all working papers and other publications:

www.hwp-hamburg.de/fach/fg_vwl/DozentInnen/heise/Materials/heise-downlds.htm

Präventionsgesetz im Interessenkonflikt zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung

1. Konflikte unter der Oberfläche der Übereinstimmung

Gesundheitsförderung und Prävention sind Politikbereiche, in denen zwischen den im Deutschen Bundestag vertretenen Parteien, der Bundesregierung, den Landesregierungen, den Krankenkassen, Ärzten und anderen Akteuren im Gesundheitswesen eine sonst in der Gesundheitspolitik nicht anzutreffende Einigkeit besteht. Alle betonen die Bedeutung für den Gesundheitsstatus der Menschen und die finanzielle Stabilität des Gesundheitssystems. Es ist auch relativ unstrittig, dass die Gesundheit der Menschen von ihrem Verhalten (Ernährung, Bewegung, Sucht) und von den ökonomischen und sozialen Verhältnissen (Armut, Belastungen durch Beruf, Wohnumfeld, Umwelt) geprägt wird. Der strategische Ansatz der Weltgesundheitsorganisation in der Ottawa Charta von 1986, die gesundheitsfördernden Ressourcen zu stärken und durch Handeln im lebensweltlichen Zusammenhang („Setting“) die soziale Ungleichheit der Verteilung von Gesundheit und Krankheit zu verringern, findet allgemeine Anerkennung, auch wenn Ziel und Realität noch weit auseinanderklaffen.

In der Koalitionsvereinbarung zwischen SPD und Bündnis90/Die Grünen zu Beginn der laufenden Legislaturperiode findet sich allerdings lediglich die sehr allgemeine Formulierung, dass die Prävention gestärkt werden soll.¹ Bundesministerin Ulla Schmidt hat das Ziel in einer Grundsatzrede zum Weltgesundheitstag im April 2004 konkretisiert: Durch ein Präventionsgesetz soll Gesundheitsförderung und Prävention neben der kurativen Medizin, der Rehabilitation und der Pflege zu einer vierten Säule ausgebaut werden.² Das Präventionsgesetz soll Begriffe vereinheitlichen, nationale Präventionsziele ermöglichen und eine Bundesstiftung „Prävention“ etablieren, die im Wesentlichen von den Krankenkassen finanziert werden soll. Dieser Tendenz zur Zentralisierung setzte der Bundesrat am 28. November 2003 eine einstimmige EntschlieÙung entgegen, die die Bundesregierung aufforderte, „schnellstmöglich“ ein Präventionsgesetz mit folgenden Eckpunkten vorzulegen:

- Gleichrangigkeit der Gesundheitsförderung und Prävention neben Kuration, Rehabilitation und Pflege.
- Stärkere Kooperation der Sozialversicherungsträger untereinander und mit allen Beteiligten.
- Verstärkte Aktivität der Sozialversicherungsträger und der privaten Krankenversicherung in der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung.
- Festlegung prioritärer Ziele bei gleichzeitiger Stärkung von Eigeninitiative und Eigenverantwortung.
- Kein Eingriff in die Länderkompetenzen.
- Kein Aufbau zusätzlicher Verwaltungsstrukturen.
- Finanzkonzept zur Unterstützung der Aktivitäten in Ländern und Kommunen.³

Damit war bei grundsätzlicher Übereinstimmung in den Zielen deutlich, dass es zwischen den föderalen Ebenen von Bund und Ländern Konflikte über die Kompetenzen und die

¹ „Der Wettbewerb um die beste Prävention und Versorgung ... ist ein zentrales Anliegen unserer Gesundheitspolitik“ Koalitionsvertrag 2002-2006 zwischen SPD und Bündnis 90/Die Grünen, 44 http://www.spd.de/servlet/PB/show/1023294/Koalitionsvertrag_A4.pdf (12.11.2004)

² Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Presseerklärung vom 5.4.2004 www.bmgs.bund.de/archiv/presse_bmgs/presse2002/m/39.htm (12.11.2004)

³ Bundesrat, Ds. 780/03 vom 28.11.2003

Finanzierung der Gesundheitsförderung und Prävention gab, die eine schnelle Einigung unwahrscheinlich machten, weil der Bund ein zustimmungspflichtiges Gesetz vorlegen muss und nicht ohne die Mehrheit des Bundesrates handeln kann. Gleichzeitig provozierte das Finanzierungskonzept über Beiträge der Sozialversicherung den Widerstand der Krankenkassen, die darin einen neuerlichen Versuch sahen, dass sich der Staat zu Lasten der Sozialkassen entlastet.

Das Präventionsgesetz ist ein Beispiel für eine Politikverflechtungsfalle, in die man geraten kann, wenn die Komplexität der Entscheidungs- und Handlungsstrukturen ignoriert wird. Im Folgenden soll untersucht werden, warum es zu Handlungsblockaden und Nicht-Entscheidungen gekommen ist, so dass bis zur Mitte der Legislaturperiode im Herbst 2004 von der Bundesregierung kein Entwurf für ein Präventionsgesetz vorgelegt wurde. Die These ist, dass eine gesetzliche Regulierung von Gesundheitsförderung und Prävention ohne den inhaltlichen Konsens mit Ländern und Kommunen, aber auch mit zivilgesellschaftlichen Akteuren wie den Krankenkassen scheitert. Das gilt nicht nur wegen der formalen Anforderung, dass die Mehrheit der Länder dem Bundesgesetz zustimmen muss. Für die angestrebte Stärkung der Prävention ist mindestens ebenso wichtig, dass sich die Akteure in der Gesundheitsförderung auf konkrete Ziele und Handlungsschwerpunkte verständigen und gemeinsam handeln.

2. Komplexitätsfalle

2.1 Prinzip der fiskalischen Äquivalenz

Das Prinzip der „fiskalischen Äquivalenz“ besagt, dass die Mitglieder einer föderalen Ebene darüber entscheiden, welche Leistungen die jeweilige Gebietskörperschaft oder der Sozialverband (z.B. Krankenkasse, Rentenversicherung) erbringt und wie sie zu finanzieren ist.⁴ Der Kreis der Entscheidungsträger, Nutzer und Zahler ist im Idealfall identisch, aber diesen Idealfall gibt es in der Realität nur in Ausnahmefällen. Tatsächlich können beispielsweise von den Vorteilen einer wirksamen Gesundheitsförderung auch diejenigen profitieren, die nicht dafür gezahlt haben und an keiner Entscheidung beteiligt waren. Deshalb ist es aus der Sicht einer rational handelnden Organisation auch wenig attraktiv, für etwas Geld auszugeben, wovon andere Organisationen profitieren, ohne gezahlt zu haben. Im Ergebnis wird deshalb das betreffende Gut nicht oder in zu geringem Umfang bereitgestellt, es sei denn, es wird durch Steuern oder Beiträge, also gesetzlichen Zwang, durch Gebietskörperschaften oder Sozialversicherung finanziert.⁵ Gesundheitsförderung und Prävention sind typische Bereiche, die externe Effekte erzeugen, d.h. dass auch diejenigen etwas davon haben, die selber zu Finanzierung nicht beigetragen haben. Sie ist eine öffentliche Aufgabe, die von Bund, Ländern und Kommunen, aber auch von der Sozialversicherung wahrgenommen wird, was Kompetenzkonflikte begründet. Eine gute Steuerung gesundheitsfördernder Aktivitäten muss aber nicht nur die staatlichen und quasi-staatlichen Organisationen wie Sozialversicherungsträgern umfassen, sondern auch die vielen zivilgesellschaftlichen Bereiche gesundheitsfördernder Aktivitäten, die von der Familie über Selbsthilfeeinrichtungen, Wohlfahrtsverbände und Sportvereine bis zu Unternehmen reichen. Weil Gesundheitsförderung alle Eigenschaften eines öffentlichen Gutes hat, ist keine ausschließliche Zuständigkeit einer Staatsebene für Gesundheitsförderung zu begründen. Sie ist ein Netzwerk autonomer Akteure, die zwar zum Teil über gesetzliche Regulierung

⁴ Olson M, The principle of „Fiscal Equivalence“: The division of responsibilities among different levels of government, *The American Economic Review*, 1969, 59: 479-487

⁵ Zur Theorie der „Öffentlichen Güter“ vgl. Zimmermann H, Henke K-D, *Finanzwissenschaft*, 8. Auflage, München: Verlag Franz Vahlen, 2001: 43ff

gesteuert werden können, aber in erster Linie lebt Gesundheitsförderung aus gemeinsam getragenen Überzeugungen und ist um so wirksamer, je größer die Einsicht ist, dass Gesundheitsförderung wesentlich dazu beiträgt, die primären Ziele der eigenen Organisation zu erreichen.

2.2 Verteilte Kompetenzen.

Die Kompetenzen für Gesundheitsförderung in Deutschland sind auf wenigstens sechs Träger verteilt:

(1) Europa

Die Europäische Union hat seit dem Maastrichter Vertrag von 1993 eine Zuständigkeit für öffentliche Gesundheit und die Bekämpfung von Krankheiten. Die Gemeinschaft ergänzt Maßnahmen der Mitgliedsstaaten und fördert ihre Zusammenarbeit, die wiederum untereinander ihre Maßnahmen im Benehmen mit der Kommission koordinieren.⁶ Das ist ein sehr fein gestricktes Netz der Politikverflechtung, das wenig über verbindliche Normen regelt, aber einen Prozess ermöglicht, das Handeln in der Gemeinschaft auf gemeinsame Ziele auszurichten und gerade im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention gemeinsame Aktivitäten zu entwickeln. Im Gegensatz zum Bereich der öffentlichen Gesundheit hat die Europäische Union keine Kompetenzen bei der Gesundheitsversorgung und -finanzierung, die auch nach dem Verfassungsentwurf für die Europäische Union rein nationale Aufgaben bleiben.⁷ Die Europäische Union hat den Auftrag, zur Bekämpfung von schweren Krankheiten beizutragen und ihre eigenen politischen Maßnahmen so zu gestalten, dass ein hohes Gesundheitsschutzniveau erreicht wird.⁸ Damit ist die Querschnittsfunktion der Gesundheitsförderung für alle Politikbereiche gut umschrieben. Die Instrumente der EU im Bereich der Gesundheitsförderung sind abgesehen vom Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und bei der Produktsicherheit nicht Verordnungen und Richtlinien, sondern die „Offene Methode der Koordinierung“, die durch Vereinbarung von Zielen und Indikatoren einen Vergleich der nationalen Gesundheitspolitik in den Mitgliedsstaaten ermöglicht und durch „Beispiele guter Praxis“ Veränderungen bewirken will, ohne das Instrument von Verordnungen oder Richtlinien einsetzen zu können oder zu wollen.⁹

(2) Bund

Der Bund ist nach dem Grundgesetz zuständig für die Sozialgesetzgebung, um die Gleichwertigkeit der Lebensbedingungen im Staatsgebiet zu wahren. Im Rahmen seiner Befugnisse nach Art. 74 Abs. 1 über die konkurrierende Gesetzgebung hat er seine Befugnisse genutzt und in einzelnen Zweigen der Sozialversicherung Gesundheitsförderung und Prävention verankert, allerdings mit jeweils unterschiedlicher Terminologie und Aufgabenzuschnitt. Am umfassendsten sind die Regelungen im SGB V für die Krankenversicherung, aber auch in der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung finden

⁶ Art. 152 (1) EGV (Amsterdamer Vertrag vom 2.10.1997)

⁷ Art. 152 (5) EGV und Art. III-278 (7) Vertrag über eine Verfassung für Europa, Fassung vom 13.10.2004, Dok. CIG 87/1/04 Rev. 1

⁸ So auch der Verfassungsvertrag in Art. III-278 (1) und Art. III-278 (4) und Art. III-278 (5). In Absatz (5) wird der Schutz der Bevölkerung vor Tabakkonsum und Alkoholmissbrauch ausdrücklich genannt.

⁹ Zur „Offenen Methode der Koordinierung“ vgl. Göbel M, Von der Konvergenzstrategie zur offenen Methode der Koordinierung, Baden-Baden: Nomos Verlag, 2002: 161 ff und De La Porte C, Pochet P, Supple co-ordination at EU-level and the key actors' involvement, in: De La Porte, C, Pochet P, Eds., Building Social Europe through the Open Method of Co-ordination, Bruxelles et al.: P.I.E.-Peter Lang Verlag, 2002: 27-68

sich analoge Vorschriften.¹⁰ Andere Zweige der Sozialversicherung wie die Arbeitslosen- oder die Pflegeversicherung profitieren von gesundheitsfördernden Maßnahmen anderer Sozialversicherungsträger durch weniger Arbeitslose oder Pflegefälle, aber Gesundheitsförderung und Prävention gehören nicht zu ihren Aufgaben.

Der Bund leistet zusätzlich eigene Ausgaben im Bereich der Forschung und der gesundheitlichen Aufklärung, wobei die Ausgaben für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und das Robert-Koch-Institut im Zusammenhang mit der Aufgabenbeschreibung im Rahmen des angestrebten Präventionsgesetzes von besonderer Bedeutung sind, weil hier bereits Handlungsinstrumente des Bundes für Gesundheitsförderung und Prävention existieren, die durch entsprechende Finanzierung aus dem Bundeshaushalt ausgebaut werden könnten, ohne ein kompliziertes Gesetzgebungsverfahren beginnen zu müssen, in dem die Zustimmung der Länder zwingend ist. Diese Möglichkeit nutzt der Bund angesichts der bestehenden Haushaltsdefizite nicht, was den Vorwurf der Krankenkassen stützt, dass die geplante Stiftung Prävention, die von der Sozialversicherung finanziert werden soll, lediglich ein Umweg ist, um staatliche Aufgaben über Versicherungsbeiträge zu finanzieren.

(3) Länder

Die Länder sind für alles zuständig, es sei denn, die Verfassung hat eine Aufgabe dem Bund zugewiesen oder der konkurrierenden Gesetzgebung unterworfen. Für Gesundheitsförderung und Prävention sind damit, soweit es nicht Aufgaben im Rahmen der Sozialversicherung sind, die Länder zuständig und sie nehmen diese Aufgabe durch Gesetzgebung und Finanzierung gesundheitsfördernder Aktivitäten wahr. Eine zentrale Rolle spielen dabei Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die durch Landesgesetzgebung Aufgabe der Kommunen sind. Gesundheitsförderung ist jedoch keine isolierte Ressortpolitik, zumindest sollten sie es nicht sein, weil von den unterschiedlichen Fachpolitiken wie beispielsweise Verkehrs- und Stadtplanung immer auch Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus der Bevölkerung ausgehen.

(4) Kommunen

Die Autonomie der Kommunen hat in Deutschland Verfassungsrang und zu ihren Aufgaben gehört auch die Förderung gesunder Lebensverhältnisse. Faktisch wird das Handeln der Kommunen durch die Verschlechterung der kommunalen Finanzen bestimmt. Gesundheitsförderung und Prävention sind nur zum geringsten Teil eine gesetzliche Pflichtaufgabe (wie beispielsweise die Seuchenbekämpfung), so dass hier die Sparmaßnahmen am ehesten greifen, weil die Kommunen Haushaltskonsolidierung neben den Kürzungen im investiven Bereich über die Streichung von freiwilligen Aufgaben betreiben. Gleichzeitig ist aber die Kommune der wesentliche Ort, in dem Gesundheitsförderung im „Setting“ stattfindet, also in den lebensweltlichen Zusammenhängen, wenn man den üblichen Begriff der WHO vermeiden will. Abgesehen von der betrieblichen Gesundheitsförderung finden gesundheitsfördernde Aktivitäten im Kindergarten, Schule oder Stadtteilen statt, die wesentlich durch kommunale Akteure bestimmt werden. Stärkung der Gesundheitsförderung muss deshalb daran gemessen werden, wie die Handlungsmöglichkeiten „vor Ort“, also in den kommunalen Settings, verbessert werden können. Gerade wenn das Ziel darin besteht, soziale Benachteiligungen auszugleichen, wie es der § 20 SGB V ausdrücklich vorschreibt, hat der

¹⁰ Walter U, Babylon im SGB V? Eine Analyse der Begriffsvielfalt zur Prävention in den Sozialgesetzbüchern, Sozialer Fortschritt, 2003, 52 Nr. 10: 253ff

Setting-Ansatz am ehesten eine Chance auf Erfolg, auch wenn die Interventionsstrategien bisher zu wenig erprobt und erforscht sind.¹¹

(5). Sozialversicherung

Kranken-, Renten- und Unfallversicherung haben das Recht und die Pflicht, Gesundheitsförderung und Prävention zu betreiben, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung hingegen nicht. Angesichts der unmittelbaren Wirkungen eines guten oder schlechten Gesundheitszustandes der Versicherten auf die Ausgaben der letzten beiden Versicherungsträger ist das schwer nachzuvollziehen. Insbesondere ist der Zusammenhang zwischen langer Arbeitslosigkeit und Krankheit vielfach belegt, so dass hier eine Zielgruppe der sozial Benachteiligten gut erreicht werden könnte.¹²

(6) Organisationen der Zivilgesellschaft

Gesundheitsförderung und Prävention lassen sich nicht verordnen, sondern sie erfordern ein auf gemeinsame Ziele ausgerichtetes Verhalten unterschiedlichster Akteure in der Gesellschaft. Gesetze und Verordnungen können dazu einen Rahmen bieten, aber die Steuerungsaufgabe umfasst sehr viel mehr als den staatlichen Sektor, wobei die finanzielle Förderung erwünschter Gesundheitsförderungsmaßnahmen ein wichtiges Instrument der Verhaltenslenkung ist.

Das Präventionsgesetz hat sich deshalb in der Falle der Politikverflechtung verfangen, weil es die vielfältigen Zuständigkeiten und autonomen Akteure nicht ausreichend einbezogen hat, sondern die Bundesregierung versucht hat, in einem „Top-down“-Verfahren etwas gesetzlich zu regulieren, was Konsens und gemeinsame Überzeugung erfordert. Das Verfahren war von Beginn an damit belastet, dass die bundesweite Stiftung Prävention ausschließlich von der Sozialversicherung, und zwar überwiegend den Krankenkassen, finanziert werden sollte.

Auch ohne eigene Finanzbeiträge sollten Bund und Länder allerdings Stimmrechte bekommen. Die öffentliche Debatte wurde und wird deshalb nicht in erster Linie über Ziele und Instrumente der Gesundheitsförderung geführt, sondern über Geld und Entscheidungsbefugnisse.

Dabei ist paradox, dass zeitgleich die Föderalismuskommission arbeitete, die von Bundestag und Bundesrat eingesetzt wurde, um Vorschläge zum Abbau der föderalen Verflechtung zu machen, um die Entscheidungsfähigkeit des Staates zu erhöhen.¹³ Was man auf der staatlichen Ebene gerade mit viel Mühe zurückzuführen versucht, wird an anderer Stelle neu begründet. Mit der Stiftung Prävention, wie sie jetzt in den Eckdaten des Präventionsgesetzes vorgesehen ist, wird sogar eine neue Qualität von Politikverflechtung geschaffen, nämlich zwischen Gebietskörperschaften und Sozialversicherung, ohne dass die Gebietskörperschaften zusätzliche Finanzbeiträge einbringen oder sich zu eigenen Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention verpflichten. Dass dies zu Misstrauen und Widerstand bei den Krankenkassen führte, kann nicht verwundern. Taktisches Verhalten und

¹¹ Mielck A, Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bern et al.: Verlag Hans Huber, 2000: 299ff

¹² Einen knappen Überblick über empirische Studien zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheitsstatus gibt Elkeles T, Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand, in: Mielck A, Bloomfield K, Sozial-Epidemiologie, Weinheim und München: Juventa Verlag, 2001: 71ff

¹³ Kommission von Bundestag und Bundesrat zur Modernisierung der bundesstaatlichen Ordnung, Einsetzungsbeschluss des Deutschen Bundestages vom 16.10.2003, BT-Drucksache 15/1685 und des Bundesrates vom 17.10.2003, BR-Drucksache 750/03

wechselseitige Vorwürfe dominierten denn auch die Diskussion der letzten Monate, wobei wertvolle Zeit für die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes verloren wurde.^{14 15}

2.3 Streit um Finanzierung

Ursprünglich sollte das Präventionsgesetz Teil der Gesundheitsreformgesetzgebung in 2003 werden. Dieses Ziel wurde immer Sommer 2003 aufgegeben, weil es schon schwer genug war, einen Konsens zwischen Regierung und Opposition über die Reformen zur Stabilisierung der Finanzlage der Kassen herzustellen. Eine Novellierung des § 20 SGB V mit dem Ziel, Gesundheitsförderung zu stärken, bedeutete zusätzliches Konfliktpotential zwischen Bund und Ländern, so dass dieser Themenbereich ausgeklammert wurde.

Der § 20 SGB V war in die Kritik von Bund und Ländern geraten, weil die Krankenkassen die seit 2000 eingeräumte Möglichkeit, pro Versicherten einen dynamisierten Höchstbetrag (in 2004 bis 2,70 €) für Gesundheitsförderung auszugeben, im Durchschnitt aller Kassen nur zur Hälfte ausgenutzt hatten, so dass sich auf das nicht ausgenutzte Finanzvolumen von ca. 90 Mio. € die Begehrlichkeiten von Bund und Ländern richteten, aber erhebliche Differenzen darüber bestanden, wer über die Finanzmittel verfügen sollte.

Der Vorwurf, dass die Krankenkassen die Intentionen des Gesetzes in der Gesundheitsförderung nicht umgesetzt haben, ist nur begrenzt berechtigt, denn das Gesetz aus 2000 sah nur einen Höchstbetrag vor. Ein Zeitraum von drei Jahren ist auch zu kurz, um die Wirksamkeit der gesetzlichen Regulierung beurteilen zu können. Schließlich sollten Fehler der Gesundheitsförderung (Missbrauchsvorwurf unter der Überschrift „Bauchtanzgruppen“), wie sie nach der vorletzten Gesundheitsreform gemacht wurden, vermieden und nur gefördert werden, was strengen Qualitätsansprüchen genügt. Gute Projekte, gerade wenn sie den Setting-Ansatz verfolgen und eine hohe Qualität erfüllen sollen, haben aber relativ lange Vorlaufzeiten.

Die Debatte über eine Stärkung der Gesundheitsförderung litt auch darunter, dass abgesehen von programmatischen Erklärungen, Prävention müsse zur vierten Säule der Gesundheitsversorgung werden, nicht über die Defizite der Gesundheitsförderung in Deutschland diskutiert wurde, sondern ausschließlich über Geld und wie es zu verteilen ist, wobei die staatliche Seite durch eine Stiftung über einen Fonds verfügen wollte, der nur von den Sozialversicherten finanziert werden sollte, aber bei dem Bund und Länder mitentscheiden. Immerhin hatte der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im seinem Gutachten 2000/2001 Gesundheitsförderung und Prävention als einen Bereich herausgestellt, in dem in Deutschland eine Unterversorgung und -finanzierung vorliegt.¹⁶ Die Argumente, welchen Beitrag Gesundheitsförderung und Prävention leisten können, um den Gesundheitsstatus der Bevölkerung zu verbessern und in der mittleren und langen Frist auch zu Kosteneinsparungen zu erreichen, spielten in der öffentlichen Diskussion aber kaum eine Rolle. Wenn überhaupt auf das Gutachten Bezug genommen wurde, dann mit der Aussage, dass Kostensenkungen von 25-30% möglich seien, aber es wurde in der Regel

¹⁴ Eberle G, Präventionsgesetz: Eine runde Sache?, Gesundheit + Gesellschaft, 2003, 6 Heft 10: 21ff;

¹⁵ Kuhn J., Das Präventionsgesetz – ein Kommentar zur Möglichkeit kreißender Berge, Prävention, 2004, 27: 59ff

¹⁶ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I, Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Drucksache des Bundesrates 266/01 vom 21.03.2001, 71ff

nicht zitiert, dass dies eine unsaldierte Größe ist und der notwendige Aufwand für Gesundheitsförderung und Prävention dagegen zu rechnen ist.¹⁷

Bund und Länder waren einig in dem Ziel, dass sie keine eigenen, zusätzlichen Finanzbeiträge leisten wollten und der GKV keine Belastung zugemutet werden sollte, die über die ursprüngliche Absicht des § 20 hinausgeht, also rund 180 Mio. €. Welchen Beitrag die anderen Sozialversicherungsträger und die Private Krankenversicherung leisten sollten, blieb im Dunkeln. Uneinig waren sich Bund und Länder in der Frage, auf welcher föderalen Ebene das Geld verwendet werden soll und wer darüber entscheidet, wobei der Bund für eine starke Bundesstiftung eintrat. Die Krankenkassen als Hauptzahler kritisierten, dass Beiträge ihrer Versicherten zur Finanzierung von Aufgaben eingesetzt werden, von denen auch Nicht-Versicherte profitieren und sahen die Gefahr, dass die Länder und Kommunen ihre gesundheitsfördernden Aktivitäten zu Lasten der Versichertengemeinschaft umfinanzieren. Sie anerkannten wiederum, dass eine kassenübergreifende Gesundheitsförderung im Setting, insbesondere zum Abbau ungleicher Gesundheitschancen, sinnvoll ist.¹⁸ Die Spitzenverbände der GKV kündigten am 27.10.2003 die Gründung einer eigenen Stiftung an, sicher auch mit dem taktischen Ziel, durch eigene Aktivitäten die Verfügung über die Finanzmittel zu behalten und Druck auf den Gesetzgebungsprozess auszuüben, weil den Ankündigungen nach dem Scheitern des Präventionsgesetzes im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes keine weiteren Taten seitens der Bundesregierung folgten.^{19 20} Die Gejagten wollten damit auch ein wenig Jäger spielen, nicht ohne Erfolg, wie sich zeigte.

3. Auseinandersetzung um die Eckpunkte des Präventionsgesetzes

3.1 Einigung zwischen Bundesregierung und Krankenkassen

Am 4. Mai 2004 legte das zuständige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Eckpunkte für ein Präventionsgesetz unter der Überschrift „Nationale Aufgabe Prävention“ vor, das seinen bisherigen Ankündigungen entsprach, aber nicht mit den Ländern abgestimmt war. Die Sozialversicherung (mit Ausnahme der Arbeitslosenversicherung) sollte insgesamt 250 Mio. € für Gesundheitsförderung und Prävention ausgeben, von denen in der Endstufe 140 Mio. € an eine Stiftung Prävention fließen sollten. Zu dem Beitrag der Privaten Krankenversicherung hieß es ebenso so allgemein wie unverbindlich nur noch, dass sich die PKV an der Stiftung beteiligen soll. In den Entscheidungsgremien der Stiftung sollte die Mehrheit bei den Trägern der Sozialversicherung liegen, aber Bund und Länder sollten beteiligt werden.

In der Folge gab es Gespräche zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Bund, die im Juni 2004 in wichtigen Fragen zu einer Einigung führten, aber weiterhin einen Dissens hinsichtlich des endgültigen angestrebten Finanzvolumens der Stiftung enthielten. Der Konsens bestand in einer Anfangsfinanzierung von 50 Mio. €, von denen die GKV 35 Mio. € aufbringen sollte. Die Krankenkassen sollten die Verantwortung für betriebliche Gesundheitsförderung und für versichertenbezogene Gesundheitsförderung behalten, die Stiftung sollte hingegen neben zentralen Aufklärungskampagnen, Qualitätssicherung und auf Gesundheitsförderung bezogene Forschung die Aufgabe erhalten, Modellprojekte im Setting

¹⁷ a. a. O., 73f

¹⁸ Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, Forderungen der Spitzenverbände der Krankenkassen an ein Präventionsgesetz vom 26.9.2003, o.O.

¹⁹ Eberle G, Politisches Gerangel ohne Ende?, Gesundheit + Gesellschaft, 2004, 7 Heft 7-8: 28ff;

²⁰ Bublitz T, Das Präventionsgesetz: Eine unendliche Geschichte?, Die Ersatzkasse, 2004, 84 Heft 5: 192ff

fördern.²¹ Die Länder hätten nach diesem Modell Anträge an die Stiftung für Modellprojekte stellen können, an denen sie sich selber finanziell beteiligen wollen.

Im Vergleich zum gegenwärtigen Zustand wäre diese Aufgabenteilung eine Verschlechterung gewesen, weil die Krankenkassen schon heute eine Vielzahl unterschiedlichster Projekte im Setting auf der kommunalen Ebene fördern.²² Eine Zentralisierung hätte nicht nur hohen Verwaltungsaufwand zur Folge gehabt, sondern es würde absehbar auch den Wettbewerb unterschiedlicher Ansätze verhindern. Dass der mit den Kassen gefundene Konsens keine Zustimmung der Länder finden konnte, war nach dem Beschluss des Bundesrates im Herbst 2003 klar. Deshalb hatte die Einigung auch nur eine Woche Bestand und die Falle der Politikverflechtung schnappte zu.

3.2. Einigung zwischen Bundesregierung und Ländern

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder beschloss auf ihrer Tagung am 17./18. Juni 2004 einstimmig u.a.:

- Prävention und Gesundheitsförderung sind neben Kuration, Rehabilitation und Pflege eigenständig zu etablieren.
- Verbindliche Rechtsgrundlage, um vorgesehene Mittel auszuschöpfen.
- PKV sollte nach Möglichkeit einbezogen werden.
- Handlungsebenen für Prävention sind Bund, Länder und Sozialversicherungsträger.
- Handeln im Setting wie Schulen, Kindergärten und Betrieben, aber auch benachteiligten Stadtteilen.
- Nationale Präventionsziele als Rahmen, der von den Ländern zu präzisieren sind.
- Zielorientierung und Qualitätssicherung, aber keine Detailvorgaben.
- Nutzung vorhandener Strukturen und keine neue Verwaltung.
- Verwendung der Mittel zu 40% für gemeinsame, kassenartenübergreifende Projekte auf der Landes-, Regional- oder Kommunalebene; 40% zur originären Verwendung der Sozialversicherungsträger und bis zu 20% zur Finanzierung bundesweiter Aktivitäten.²³

Angesichts dieser kontroversen Positionen zu der Einigung zwischen Bundesregierung und Krankenkassen war an eine Zustimmung des Bundesrates nicht zu denken. Der Vertreter der Bundesregierung hat deshalb noch in der Sitzung der Gesundheitsministerkonferenz zugestimmt, gemeinsam mit den Ländern eine Arbeitsgruppe zu bilden, um sich über Eckpunkte eines Präventionsgesetzes zu verständigen. Damit war die zuvor getroffene Einigung mit den Kassen hinfällig, was nicht überraschen konnte, weil angesichts der institutionellen Verflechtung der Gesundheitsförderung ein Entscheidungsprozess, der zentrale Akteure ausschließt, die die Länder zweifellos sind, nicht zum Erfolg führen kann, sondern nur unnötige Zeitverluste zur Folge hatte.

²¹ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Presseerklärung vom 15.06.2002 „Präventionsgesetz kommt gut voran“, www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/praevention/index_5511.cfm (30.10.2004)

²² Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS), Dokumentation 2002, Leistungen der Primärprävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, www.bvgesundheits.de/pdf/DokuGKV.pdf (15.11.2004)

²³ Gesundheitsministerkonferenz der Länder, Beschluss der 77. Gesundheitsministerkonferenz der Länder zum Präventionsgesetz des Bundes vom 17./18. Juni 2004, www.gmkonline.de/index.php?PHPSESSID=68ef3e1bd02f68d25d151578ff797e63&nav=presse&id=77_8.4 (15.11.2004)

Immerhin hat man sich in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Anfang September 2004 zügig auf gemeinsame Eckpunkte verständigt, die nach Rückkopplung mit den Ländern vom Bundesgesundheitsministerium mit einer Presseerklärung vom 20.10.2004 öffentlich gemacht wurden:

- Künftig sollen die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet werden, den bisher in § 20 SGB V als „Soll-Bestimmung“ vorgesehenen Betrag für Gesundheitsförderung tatsächlich in voller Höhe auszugeben, also insgesamt 180 Mio. €, was eine Verdopplung im Durchschnitt der Krankenkassen bedeutet.
- Auch die gesetzliche Rentenversicherung (40 Mio. €), die die gesetzliche Unfallversicherung (20 Mio. €) und die Pflegeversicherung (10 Mio. €) bekommen künftig das Recht und die Pflicht zur Gesundheitsförderung.
- Die gesetzliche Krankenversicherung darf auch mehr als den nach dem Gesetz pro Versicherten vorgesehenen Betrag ausgeben.
- Die private Krankenversicherung soll sich beteiligen, aber es wird in den Eckpunkten nicht gesagt, wie das geschehen soll.
- Von den insgesamt 250 Mio. € für Gesundheitsförderung sollen 50 Mio. € für eine „Stiftung Prävention“ der Sozialversicherungsträger auf Bundesebene verwendet werden. Die Stiftung hat die Aufgabe, Modellprojekte durchzuführen, im Einvernehmen mit den Ländern ergänzend Projekte im Setting zu fördern und gesundheitsfördernde Kampagnen zu finanzieren. Sie soll für die Entwicklung von Gesundheitszielen und Qualitätsstandards verantwortlich sein und damit eine koordinierende Funktion wahrnehmen. An dem Stiftungsbeirat, der die Entscheidungen trifft, werden Bund, Länder und Kommunen beteiligt, die Mehrheit der Stimmen liegt aber bei den Sozialversicherungsträgern, wobei sich die Stimmenverteilung nach ihren Finanzbeiträgen richten soll.
- 40% der Gesamtmittel werden von den Sozialversicherungsträgern in jeweils eigener Verantwortung im Rahmen der Präventionsziele für individuelle Verhaltensprävention und für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ausgegeben.
- 40% der Gesamtmittel werden auf der Ebene der Länder für Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Setting ausgegeben. Die Sozialversicherungsträger entscheiden künftig gemeinsam mit den Ländern über die zu fördernden Maßnahmen, wobei über die Verfahren eine Rahmenvereinbarung auf der Ebene der jeweiligen Länder zu schließen ist. Dabei soll auf jeweils vorhandene Strukturen zurückgegriffen werden.
- Die Gesundheitsförderung soll auf gemeinsame Ziele ausgerichtet werden.
- Die Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollen wirksam sein, ihre Qualität soll gesichert sein und es soll regelmäßig berichtet werden (Monitoring).²⁴

3.3. Tragfähiger Kompromiss mit Defiziten

Das Ergebnis dieser Einigung ist ein Kompromiss, wie er angesichts der bestehenden Politikverflechtung nicht anders zu erwarten war: Alle Beteiligten realisieren einen Teil ihrer Vorstellungen, ohne sich jeweils vollständig durchsetzen zu können. Da, wo handfeste Konflikte drohen, bleiben die Formulierungen eher vage oder sie werden ausgeklammert.

²⁴ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Presseerklärung vom 20.10.2004 „Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat sich auf gemeinsame Eckpunkte zur Prävention verständigt“ www.bmgs.bund.de/deu/gra/aktuelles/pm/bmgs04/6040_6166.cfm (21.10.2004)

Am deutlichsten ist das bei der Beteiligung der privaten Krankenversicherung an der Gesundheitsförderung, wo es absehbar bei einem moralischen Appell des Gesetzgebers bleiben wird, die PKV möge sich mit eigenen finanziellen Beiträgen beteiligen. Mehr als symbolische Zahlungen sind hier kaum zu erwarten. Eine rechtliche Verpflichtung wäre angesichts der in der Privatversicherung üblichen Kalkulation der Prämien auf der Basis der individuellen Versichertenrisiken auch rechtlich problematisch. Aber es bleibt dann dabei, dass privat Versicherte begünstigt werden, weil sie von Gesundheitsförderung profitieren, ohne dass sie selber Finanzbeiträge leisten. Diese Rolle des „Trittbrettfahrers“ könnte nur verhindert werden, indem an die Stelle von Versicherungsbeiträgen oder auch ergänzend eine Finanzierung der Gesundheitsförderung über die Haushalte von Bund und Ländern erfolgen würde. Andere Länder wie Australien²⁵ oder Österreich²⁶, die ebenfalls öffentliche Stiftungen zur Gesundheitsförderung gebildet haben, sind diesen Weg gegangen. Aber an dieser Stelle war zwischen Bund und Ländern von Beginn an größte Einigkeit: Zusätzliche Finanzmittel aus öffentlichen Kassen sollte es nicht geben.

Auch hinsichtlich der Verbindlichkeit von Gesundheitsförderungszielen wird es absehbar nur relativ weiche Formulierungen geben, weil die Länder nicht bereit sein werden, ihre Kompetenzen nach dem Grundgesetz aufzugeben. Deshalb kann nur ein Verfahren beschrieben werden, in dem Gesundheitsziele diskutiert werden und versucht wird, einen möglichst großen Konsens aller Akteure über konkrete Ziele und Maßnahmen zu finden. Die Eckpunkte lassen nicht zu, dass z.B. der Bund Ziele der Gesundheitsförderung durch Gesetz und Verordnung vorgibt, sondern in der Stiftung oder auch im „Form Prävention“ kann es nur eine Verständigung über Schwerpunkte geben, die möglichst eng mit den Aktivitäten zur Bildung nationaler Gesundheitsziele im Rahmen von „gesundheitsziele.de“ verbunden werden. Die Verbindlichkeit kann nur über Konsens hergestellt werden, was im Zweifelsfall nur mit relativ allgemeinen Formulierungen erreichbar ist, die den Ländern Spielräume lassen, im Rahmen allgemeiner Vorgaben eigene Schwerpunkte zu setzen. Deshalb wird es auch schwierig sein, operationalisierte Ziele mit quantitativen Vorgaben zu versehen, beispielsweise um wie viel Prozentpunkte die Quote von Rauchern innerhalb von fünf Jahren zu reduzieren ist.

Ehrgeizige und überprüfbare Zielvorgaben sind aus der Sicht einer effektiven Gesundheitsförderung und Prävention sicher ein Vorteil, weil sie erlauben, die Zielerreichung zu überprüfen. Das widerspricht aber dem politischen Entscheidungsprozess, der auch in anderen Politikfeldern nicht durch eine logische Struktur geprägt ist, die aus politischen Oberzielen die Vorgaben für einzelne Programmelemente ableitet. Diese etwas naive Vorstellung der verbindlichen Steuerung über Ziele ist schon in privaten Unternehmen eine Wunschvorstellung von Management-Theorien, aber selten gelebte Realität, obwohl die Zielfunktionen dort viel weniger komplex als im öffentlichen Bereich sind. In politischen Prozessen werden Konflikte immer wieder neu ausgehandelt und die Prioritäten des Handelns reagieren auf aktuellen Problemdruck. Deshalb ist es rational, die Zielformulierungen in einer gewissen Unbestimmtheit zu belassen. Die Spezifität politischer Entscheidungsprozesse, insbesondere in föderalen Staaten und bei Trägern der Sozialversicherung, die über ein gesetzlich definiertes Maß an Autonomie verfügen, schließt aus, dass Gesundheitsförderung

²⁵ Wie in Deutschland ist Gesundheitsförderung und Prävention in Australien Aufgabe der Länder (States). Victoria hat beispielsweise seine Stiftung „VicHealth“ zunächst aus einer Sonderabgabe auf Tabak finanziert, ist aber nach einem Urteil des Obersten Gerichtshofs auf eine Finanzierung aus allgemeinen Steuermitteln übergegangen. Vgl. VicHealth, Strategic Directions 1999-2002 www.vichealth.vic.gov.au/default.asp?artid=42&tmid=415&level=3 (4.02.2004)

²⁶ In Österreich, ebenfalls ein föderaler Staat, wird der Fonds „Gesundes Österreich“ aus dem Umsatzsteueraufkommen finanziert. Vgl. Grasl A, Der Fonds Gesundes Österreich, Das Gesundheitswesen, 2004, 66: 62f

und Prävention hierarchisch von oben nach unten gesteuert werden kann. In der Einigung zwischen Bund und Ländern vom 24.9.2004 über die Eckpunkte eines Präventionsgesetzes ist dann auch die Formulierung gewählt, dass die Zielbindung über Empfehlungen erfolgt und Gestaltungsspielräume für die Akteure erhalten bleiben sollen.²⁷

Das muss aber kein Nachteil sein, weil Gesundheitsförderung Teil einer Netzwerkarbeit ist, die gerade nicht durch hierarchische Regulierung funktioniert, sondern nur durch die Überzeugung der Akteure, dass ein besserer Gesundheitsstatus der Bevölkerung oder einer Teilgruppen dazu beiträgt, die eigenen, autonom gesetzten Ziele zu unterstützen.²⁸ Nur wenn sich die Überzeugung durchsetzt, dass beispielsweise gesunde Kinder besseren Unterricht ermöglichen, werden Lehrer gewonnen werden, gesundheitsfördernde Ziele zu verfolgen. Wenn dieser organisationspolitische „Mehrwert“ nicht erzielt wird, werden die besten Gesetze nicht mit Leben gefüllt werden. Je allgemeiner die Zielformulierung, desto größer wird auch die Konsensfähigkeit sein, umso größer aber auch der Freiheitsgrad, regional unterschiedliche Schwerpunkte zu setzen. Transparente Qualitätskriterien, Wirksamkeitsanalysen und eine gute, nationale Berichterstattung werden eher dafür sorgen, dass die besseren Gesundheitsförderungsmaßnahmen die schlechteren verdrängen, als gesetzliche Vorgaben.

4. Fortschritte zugunsten der Prävention

4.1 Mehr Geld

Als größter Fortschritt für mehr Gesundheitsförderung ist zu bewerten, dass die bisherige Soll-Größe von 2,70 € pro Versicherten (Wert für 2004) in der GKV nun verbindlich ausgegeben werden muss, d.h. 180 Mio. € statt bisher 90 Mio. €. Die gesetzlichen Krankenkassen können nach der Bund-Länder-Einigung diesen Betrag auch überschreiten.²⁹ Zu diesen 180 Mio. € kommen weitere 40 Mio. € von der Rentenversicherung, 20 Mio. € von der Unfallversicherung und 10 Mio. € von der Pflegeversicherung, so dass insgesamt 250 Mio. € zur Verfügung stehen.³⁰ Mit den Eckpunkten ist auch klargestellt, dass die Krankenkassen Gesundheitsförderung im Setting – was immer heißt, dass auch Nicht-Versicherte von den beitragsfinanzierten Maßnahmen profitieren – finanzieren dürfen.

Es fehlt der eigene Beitrag der Arbeitslosenversicherung, was im Hinblick auf die Ziele und effektive Maßnahmen der Gesundheitsförderung falsch ist. Der § 20 SGB V fordert gezielte Maßnahmen gegen die soziale Ungleichheit, weil so am wirksamsten der Gesundheitsstatus verbessert werden kann, deshalb ist fachlich nicht zu begründen, dass die Arbeitslosenversicherung nicht das Recht und die Pflicht haben soll, Gesundheitsförderung für ihre Versicherten zu betreiben. Das ist nur dadurch zu erklären, dass Bund und Länder keine neue Diskussion über Lohnnebenkosten entfachen wollen, indem sie der Bundesagentur für Arbeit neue Aufgaben und Ausgaben übertragen. So wird die Chance vertan, die Integration der Arbeitslosen, die häufig gesundheitlich beeinträchtigt sind, in den Arbeitsmarkt zu fördern und gleichzeitig den Gesundheitsstatus der Bevölkerung zu verbessern

²⁷ Bund-Länder-Arbeitsgruppe Präventionsgesetz, Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe für ein Präventionsgesetz vom 24.09.2004, http://www.gesundheitberlin.de/download/i_04-09-24_Eckpunkte_PrävG.pdf (10.11.04), 7

²⁸ Zur Rolle von Netzwerken vgl. die zusammenfassende Darstellung bei Klenk, T., Nullmeier, F., Public Governance als Reformstrategie, Düsseldorf: Edition der Hans-Böckler-Stiftung, 2003: 32ff

²⁹ Bund-Länder-Arbeitsgruppe Präventionsgesetz, a. a. O., 13

³⁰ Presseerklärung des BMGS vom 20.10.2004

4.2 Gesundheitsförderung im Setting auf Landesebene

Das größte Problem bei der Abgrenzung von Aufgaben, Ausgaben und Entscheidungskompetenzen ist in einem föderalen Staat die Schnittstelle zwischen der nationalen Ebene und den Rechten der Länder. Der Konflikt wird in dem einstimmigen Beschluss des Bundesrates zum Präventionsgesetz vom 17./18. Juni 2004 sehr deutlich. Einerseits bekennen sich die Länder dazu, dass es nationale Präventionsziele geben muss, andererseits wollen sie diese Ziele nur als einen Rahmen akzeptieren, in dem sie eigene Schwerpunkte setzen können. Sie sprechen sich für Zielorientierung und Qualitätssicherung aus, aber gegen Detailvorgaben. Der Vorschlag des Bundesrates, 40% der Mittel für Gesundheitsförderung im Setting gemeinsam und kassenartenübergreifend auszugeben, findet sich in der Einigung zwischen Bund und Ländern so nicht wieder, sondern es bleibt den Ländern überlassen, mit den Trägern der Sozialversicherung eine Rahmenvereinbarung darüber zu schließen, wie die Mittel verwendet werden.³¹ Zwingend ist eine Kontrolle, dass 40% der auf die Länder entfallenden Mittel im Setting verwendet werden, d.h. es muss ein Gremium geben, das darüber entscheidet, ob eine Maßnahme dem „Setting-Korb“ zugerechnet wird. Das kann eine Einzelmaßnahme einer Krankenkasse oder eines anderen Sozialversicherungsträgers sein, aber auch eine gemeinsame Aktion mehrerer Träger, einschließlich der Länder und Kommunen.

Es kann auch in der Form geschehen, dass die vorgesehenen Mittel in Gänze oder in Teilbeträgen in einen gemeinsamen Fonds der Sozialversicherungsträger eingebracht werden, aus dem dann gesundheitsfördernde Maßnahmen im Setting finanziert werden. Ein derartiges Modell existiert bereits in Hamburg: Hier bekommt die „Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung“, die in ihrer Organisation den Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheit in anderen Ländern entspricht und im Wesentlichen aus dem Landeshaushalt finanziert wird, von den Krankenkassen Mittel, die sie für Projektförderung im Setting verwendet, sei es für eigene Maßnahmen oder für Projekte Dritter. Die Krankenkassen sind wiederum bei der Vergabe der Mittel maßgeblich im Entscheidungsgremium vertreten und haben hinsichtlich der Verwendung der von ihnen eingebrachten Mittel ein Veto-Recht.³²

Auf der Ebene der Länder kann es also durchaus zu unterschiedlichen Verfahren kommen, wie über die Mittel entschieden wird. Letztlich wird es dabei um eine Abwägung gehen, inwieweit durch den Wettbewerb zwischen den Trägern der Sozialversicherung ein Innovationspotential für erfolgreiche Gesundheitsförderung freigesetzt wird, oder eine größere Effizienz durch gemeinsames und einheitliches Handeln erreicht werden kann. Die Einigung zwischen Bund und Ländern lässt das ausdrücklich offen und die Länder wären gut beraten, unterschiedliche Formen zu ermöglichen, um Erfahrungen zu sammeln, wie die gesundheitsfördernden Ziele am besten erreicht werden können. Die Einigung zwischen Bund und Ländern sieht aber einen Sanktionsmechanismus vor, falls die rechnerisch auf das Land für Gesundheitsförderung im Setting vorgesehenen Mittel nicht zweckgerecht ausgegeben werden: Die Differenz fließt dann der Bundesstiftung zu.³³ Diese „Geldpeitsche“ würde auf der Ebene der Länder als starkes Druckmittel wirken, die Vorgaben des Präventionsgesetzes tatsächlich zu erfüllen. Funktionsgerecht wäre aber auch eine Lösung im Gesetz, die eine Übertragung der Mittel in das nächste Jahr ermöglicht, um zu verhindern, dass auf Landesebene gegen Ende des Jahres möglicherweise Projekte „zweiter Wahl“ gefördert werden, nur um die Mittel im Land auszugeben.

³¹ Bund-Länder-Arbeitsgruppe, a. a. O., 11

³² Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, <http://www.hag-gesundheit.de/> (16.11.2004)

³³ Bund-Länder-Arbeitsgruppe, a. a. O., 14

Eine besondere Herausforderung in den Rahmenvereinbarungen auf Länderebene liegt darin, die Interessen der Kommunen angemessen zu berücksichtigen, denn Gesundheitsförderung im Setting findet in der Gemeinde statt, sei es im Stadtviertel, in Schulen, Kindertagesstätten oder Altenheimen. Die Kommunen sind in den Entscheidungsgremien nur schwach vertreten, aber auch die Krankenkassen haben keine auf die Gemeinden bezogene Entscheidungsstruktur, sondern sie sind bestenfalls auf der Ebene der Länder organisiert. Durch die Freiheit der Versicherten, sich ihre Krankenkasse aussuchen zu können, geht der örtliche Bezug zusätzlich verloren, wobei dies nach Kassenart variiert. Ein Ausweg aus diesem Dilemma kann sein, kassenartenübergreifend Projekte im Setting zu finanzieren. Dabei ist es sinnvoll, bestehende Strukturen wie kommunale Gesundheitskonferenzen zu nutzen, um Gesundheitsförderung im Setting zu stärken. Wo diese nicht bestehen, sollte der öffentliche Gesundheitsdienst seine Möglichkeiten nutzen, um sie zu initiieren und ein Netzwerk für Gesundheitsförderung aufzubauen. Insofern können die neuen finanziellen Möglichkeiten auch genutzt werden, um die Vernetzung von Gesundheitsförderung und Prävention auf der kommunalen Ebene zu stärken.

4.3 Einbindung der versichertenbezogenen und betrieblichen Gesundheitsförderung in Zielvorgaben

40% der Mittel sollen künftig für versichertenbezogene Individualförderung und für Gesundheitsförderung im Setting Betrieb ausgegeben werden. Das entspricht der bisherigen Praxis der Krankenkassen, auch wenn bisher nicht alle Kassen das vorgesehene Ausgabevolumen erreichen. Aber auch in diesem „Träger-Korb“ gibt es künftig Änderungen, weil sich alle Maßnahmen in den Rahmen der national vereinbarten Schwerpunkte der Gesundheitsförderung einordnen sollen. Auch hier gilt, je allgemeiner die Ziele formuliert sind, desto konsensfähiger werden sie sein. Aber eine wirksame Schwerpunktsetzung, die die Effektivität der Gesundheitsförderung erhöht, braucht operationale und quantifizierte Ziele, aber die kann man nicht in Gesetze und Verordnungen schreiben, sondern nur als Ergebnis eines Verständigungsprozesses gemeinsam vereinbaren. Der Entscheidungsprozess, der bis zum Herbst 2004 zu Eckpunkten für ein Präventionsgesetz geführt hat, ist wenig ermutigend, dass das gelingen kann, gerade weil man nicht auf den Netzwerkcharakter von Gesundheitsförderung Rücksicht genommen hat, sondern versucht hat, in traditioneller, hierarchischer Struktur die Probleme zu ordnen. Aber es kann gelingen, weil mit dem dritten Element der künftigen Gesundheitsförderung, der Stiftung Prävention, eine Arena für Entscheidungen geschaffen wird, die die unterschiedlichsten Akteure in der Gesundheitsförderung einbinden kann.

4.4 Stiftung Prävention auf Bundesebene

Über die 20% der Gesamtmittel, die einer künftigen Stiftung Prävention zufließen sollen, entscheiden mehrheitlich die Träger der Sozialversicherung, aber auch der Bund, Länder und Kommunen werden beteiligt. Über ein Kuratorium und einen Beirat werden weitere Träger der Gesundheitsförderung und Wissenschaftler in Entscheidungen beratend einbezogen.³⁴ Fast noch wichtiger als die Entscheidungsstrukturen sind die Aufgaben: Die Stiftung soll Ziele und Teilziele formulieren, wobei in der Einigung zwischen Bund und Ländern eine sehr konkrete Beschreibung erfolgt, welchen Kriterien die Ziele genügen müssen, nämlich

- epidemiologische und ökonomische Relevanz
- präventive Beeinflussbarkeit
- gesundheitliches Verbesserungspotenzial

³⁴ a. a. O., 9

- messbare und verfügbare Daten
- gesellschaftliche Akzeptanz
- Orientierung auf Zielgruppen, insbesondere sozial benachteiligte Gruppen.³⁵

Diese Kriterien können bewirken, die Zieldiskussion auf eine wenige Schwerpunkte zu fokussieren, die im Zeitablauf auch unterschiedlich gesetzt werden können. Damit besteht die Chance, durch abgestimmtes Handeln eine größere Wirkung zu erreichen, als wenn jeder Träger oder jedes Land ein anderes Ziel verfolgt, das für sich genommen durchaus vernünftig sein kann, aber isoliert verfolgt weniger zielführend ist. Es dürfen künftig nur noch Mittel für gesundheitsfördernde Maßnahmen ausgegeben werden, wenn die Wirksamkeit nachgewiesen und die Qualität gesichert ist. Die Kriterien dafür sollen bundeseinheitlich entwickelt und festgelegt werden und in einem Verfahren des Monitoring soll über die Qualität und Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen berichtet werden. Das Robert-Koch-Institut soll unterstützend tätig werden.³⁶

Die Stiftung erhält neben den Aufgaben der Ziel- und Qualitätsentwicklung auch den Auftrag, eigene Kampagnen (unter Einbeziehung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) zur Gesundheitsförderung zu veranstalten und Modellprojekte im Setting oder ergänzend Setting-Projekte in den Ländern zu fördern.³⁷ Ob Aufwand und Ertrag des Entscheidungs- und Verwaltungsverfahrens der letzten beiden Maßnahmen in einem vernünftigen Verhältnis stehen ist zweifelhaft, weil Träger mit innovativen Ideen im schlechtesten Fall mit ihren Anträgen zwischen Bund und Ländern hin und her verwiesen werden. Eine Aufgabe von einer Ebene wahrnehmen zu lassen, wäre sinnvoller und die Förderung im Setting gehört in den „Länder-Korb“. Aber letztlich müssen sich die Projekte der Stiftung wie alle anderen Maßnahmen der Evaluation stellen und danach ist zu entscheiden, was sinnvoll fortgeführt wird. Falsch wäre jedenfalls, neue Modelle auf Länderebene nicht zu fördern, weil dies eine der Aufgaben der Stiftung sein soll. Auch die Wirksamkeit zentraler Kampagnen wird danach zu beurteilen sein, inwieweit sie die vereinbarten Gesundheitsziele wirksam unterstützen, oder nur viel Geld für Hochglanzbroschüren, Fernsehspots und Zeitungsanzeigen ausgegeben wird. Im Vergleich zu der ursprünglichen Vorstellung des Bundes und der Einigung mit den Kassen, nach der die Stiftung für die Förderung aller Setting-Maßnahmen zuständig sein sollte, scheint der unverändert vorgesehene Betrag von 50 Mio. € für die Stiftung allerdings sehr hoch.

Die wesentlichste Veränderung zum status-quo geht von der neuen Aufgabe der Stiftung aus, quasi eine Arena für Zielbildung und Qualitätssicherung zu bilden. Dabei gilt es, einen Konsens unter den Beteiligten zu suchen und damit eine Chance zu verwirklichen, verhaltenslenkend zu wirken und dadurch eine Verbindlichkeit zu entwickeln, ohne die föderale Grundstruktur und die Autonomie der Träger der Sozialversicherung in Frage zu stellen. Das Verfahren hat damit viel Ähnlichkeit mit der „Offenen Methode der Koordinierung“ auf der Ebene der Europäischen Union. Sie ist dort als eine Methode des „soft-law“, also ohne gesetzliche Verbindlichkeit entwickelt worden, um die Politik der Mitgliedsstaaten zu koordinieren, wo der Vertrag von Amsterdam oder auch der Entwurf einer Europäischen Verfassung der Union keine originären Kompetenzen einräumen. Die Mitgliedsstaaten sollen sich auf gemeinsame Ziele und Indikatoren verständigen, nach einheitlichen Kriterien über den Erfolg der Maßnahmen berichten und so einen Vergleich

³⁵ a. a. O., 5

³⁶ a. a. O., 7

³⁷ a. a. O., 5ff

ermöglichen, der eine Orientierung der nationalen Politik an dem Vorbild der „best-practice“ ermöglicht. Dazu gibt es keinen rechtlichen Zwang, aber einen politischen Druck, weil es ein Element des Wettbewerbs um gute Lösungen ist. Praktiziert wird das Verfahren bereits in der Beschäftigungspolitik und in einigen Bereichen der Sozialpolitik, aber es soll auch auf die Gesundheitspolitik ausgedehnt werden. Hier steht Deutschland vor dem Dilemma, dass es keine nationalen, d.h. auch mit den Ländern vereinbarten, Gesundheitsziele hat. Insofern kann das mit dem Präventionsgesetz eingeleitete Verfahren gleichzeitig hilfreich sein, um den Anforderungen der europäischen Integration zu genügen. Für eine bessere Gesundheitsförderung in Deutschland kann das nur hilfreich sein, weil es bei unseren europäischen Nachbarn viel zu lernen gibt.

5. Zusammenfassende Bewertung

Der im Titel des Aufsatzes formulierte Interessenkonflikt ist noch nicht abschließend entschieden. Trotz der Verständigung auf Eckpunkte zwischen Bundesregierung und Ländern ist bis November 2004 kein Gesetzentwurf veröffentlicht worden. Ob die mit den Eckpunkten erzielte Einigung trägt, wird man erst wissen, wenn die Eckdaten in einen Gesetzentwurf umgesetzt sind, den die Bundesregierung noch für 2004 angekündigt hat. Wenn dieser Gesetzentwurf im Bundestag und Bundesrat beschlossen wird, wofür nach dem Vorlauf einiges spricht, aber was man erst wirklich am Ende des Verfahrens weiß, sind jedenfalls gute institutionelle Voraussetzungen geschaffen, um der Gesundheitsförderung in Deutschland ein größeres Gewicht zu geben: Mehr finanzielle Mittel, eine vereinbarte Zielorientierung und Qualitätssicherung auf der Basis gemeinsamer Kriterien. Die Stiftung Prävention auf Bundesebene und die Bündelung von Aktivitäten in Agenturen könnte eine institutionelle Form bilden, die durch gute Beteiligungsverfahren die Gefahren von Entscheidungsfallen durch Politikverflechtung, die in föderaler Struktur immer besteht, zu reduzieren. Insofern könnte daraus auch ein Modell entstehen, die nationalen Institutionen den Anforderungen der europäischen Integration anzupassen. Die größere Herausforderung wird aber darin bestehen, auf der Ebene der Länder Entscheidungsstrukturen zu schaffen, die das größere Finanzvolumen in den Settings so umsetzen, dass es in den Kommunen auch tatsächlich wirksam wird, denn die Gesundheitsförderung ist vor allem Arbeit in der Kommune. Insofern steht dieser Teil der Umsetzung des Präventionsgesetzes in den Ländern noch bevor.

Bisher erschienene Arbeitspapiere

Nr. 1 Arne Heise: EMU, Coordinanted Macroeconomic Policies and a Boost to Employment in the European Union, September 2002

Nr. 2 Arne Heise: Makroökonomisches Economic Governance: Makro-Dialoge auf nationaler und EU-Ebene, Februar 2002

Nr. 3 Arne Heise: Das Ende der Sozialdemokratie? Konstruktiv-kritische Anmerkungen zu einer dramatischen Entwicklung, Mai 2003

Nr. 4 Arne Heise: Optimale Verschuldung, Konsolidierungstrajektorien und Makroeffekte, Oktober 2003

Nr. 5 Arne Heise: Polit-ökonomische Betrachtung zur Sozialdemokratie. Die Wirtschaftspolitik der ‚Neuen Mitte‘ im Lichte von Public Choice- und Agenda-Theorie, November 2003

Nr. 6 Arvid Kaiser: Finanzielle Selbstbeteiligung in der Gesundheitsversorgung, Dezember 2003

Nr. 7 Arne Heise: Deutsche Finanzpolitik zwischen Wachstum und Konsolidierung, März 2004

Nr. 8 Leonhard Hajen: Steuerung über Preise erfordert Stewardship, April 2004

Nr. 9 Wulf Damkowski/ Anke Rösener: Good Governance auf der lokalen Ebene, Juni 2004

Nr. 10 Anke Rösner/ Wulf Damkowski: Gender Controlling in der Kommunalverwaltung, Juni 2004

Nr. 11 Arne Heise: The Economic Policies of German ‚Third Wayism‘ in the Light of Agenda Theory, October 2004

Nr. 12 Sybille Raasch: Antidiskriminierungsgesetze: Zum Umsetzungsstand der neuen EU-Antidiskriminierungsrichtlinien in Deutschland, Dezember 2004