

Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland

Expertise aus sozialmedizinischer Sicht

im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit
und Soziale Sicherung

vorgelegt von

Priv. Doz. Dr. phil. Ulla Walter

c/o Medizinische Hochschule Hannover
Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung

Hannover, November 2002
revidiert April 2003

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Relevanz der Prävention	2
1.2	Präventionsgesetz.....	3
1.3	Ziele der sozialmedizinischen Expertise	4
1.4	Definition von Prävention	5
1.5	Analysedesign und Methodik.....	6
1.6	Darstellung der Ergebnisse.....	12
1.7	Methodische Bewertung der Ergebnisse.....	13
1.8	Danksagung.....	15
2	Arbeitsförderung – SGB III.....	16
2.1	Zielgruppen der Arbeitsförderung	17
2.2	Arbeitslosigkeit und Gesundheit	17
2.2.1	Beeinträchtigung der Gesundheit durch Arbeitslosigkeit.....	18
2.2.1.1	Schlussfolgerungen für eine gesunde Arbeitsmarktpolitik	19
2.2.2	Arbeitslosigkeit durch beeinträchtigte Gesundheit	20
2.2.2.1	Schlussfolgerungen für eine gesunde Arbeitsmarktpolitik	21
2.3	Präventionsorientierte gesetzliche Regelungen im SGB III	21
2.3.1	Direkte gesundheitspräventive Ansatzmöglichkeiten	24
2.3.2	Indirekter präventiver Bezug der Arbeitsförderung	25
2.4	Strukturen der Arbeitsförderung.....	25
2.4.1	Bundesanstalt für Arbeit als Träger der Arbeitsförderung.....	26
2.4.2	Forschung.....	27
2.5	Daten zur Arbeitslosigkeit und Datenqualität	28
2.6	Kooperationen	29
2.6.1	Kommunen/Sozialhilfeträger	29
2.6.2	Jugendhilfe	32
2.6.3	Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherung	32
2.6.4	Niedergelassene Ärzte	32
2.6.5	Selbsthilfe	33
2.6.6	Sonstige Kooperationen.....	33

2.7	Umsetzung präventionsbezogener rechtlicher Regelungen.....	33
2.7.1	Möglichkeiten der freien Förderung (§ 10 SGB III).....	34
2.7.2	Einbindung behinderter Menschen (§ 19 in Verbindung mit § 97 SGB III).....	34
2.7.3	Berufsberatung (§§ 30 und 32 SGB III).....	35
2.7.4	Modellvorhaben zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit den örtlich zuständigen Trägern der Sozialhilfe (§ 421d).....	38
2.7.5	Vermeidung von Langzeitarbeitslosigkeit (§ 6 SGB III).....	39
2.7.6	Maßnahmen zur Eignungsfeststellung, Trainingsmaß- nahmen (§ 48 SGB III).....	40
2.8	Zusammenfassung und Fazit	41
2.8.1	Nutzung der präventiven Potenziale in der Arbeitsförderung..	42
2.8.2	Einbindung der Bundesanstalt für Arbeit in die gesundheitsbezogene Prävention	44
2.8.3	Gesetzliche Einzeländerungen und übergreifendes Präventionsgesetz.....	45
2.8.3.1	Gesetzliche Einzeländerungen.....	45
2.8.3.2	Übergreifendes Präventionsgesetz.....	46
3	Gesetzliche Krankenversicherung – SGB V	
	Primärprävention	47
3.1	Prävention als Aufgabe der Krankenkassen	47
3.2	Präventionsorientierte Regelungen im SGB V	48
3.3	Strukturen	51
3.3.1	Krankenkassen – Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.....	51
3.4	Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V).....	52
3.4.1	Gesundheitsförderung nach dem Gesundheitsreform-Gesetz 1989-1996.....	52
3.4.2	Einschränkung durch das Beitragsentlastungsgesetz 1997-1999.....	53
3.4.3	Modifizierter Neuanfang ab 2000 durch die GKV- Gesundheitsreform	54
3.4.4	Strukturen und Personal.....	55
3.5	Umsetzung des SGB V Abs. 1 und 2.....	56
3.5.1	Ausgaben	57
3.5.2	Gemeinsames Konzept der Krankenkassen	58
3.5.2.1	Theoretischer Ansatz der Krankenkassen, Dokumentation und Evaluation.....	58
3.5.2.2	Bewertung.....	60

3.5.3	Zusammenarbeit der Krankenkassen – Zwischen Erfordernis und Wettbewerb	61
3.5.4	Kooperationen mit anderen Einrichtungen.....	63
3.5.5	Setting-Ansatz.....	64
3.5.6	Individuelle Prävention	65
3.5.7	Betriebliche Gesundheitsförderung.....	66
3.5.8	Bericht	67
3.6	Zusammenfassung und Fazit.....	67
3.6.1	Realisierung und Optimierung der Primärprävention	68
3.6.2	Weiterentwicklung der Prävention	70
3.6.3	Gesetzliche Einzeländerungen und übergreifendes Präventionsgesetz	71
3.6.3.1	Gesetzliche Einzeländerungen	71
3.6.3.2	Übergreifendes Präventionsgesetz	72
4	Vorsorge und Früherkennung – SGB V	74
4.1	Gesetzliche Regelungen	75
4.2	Organisation und Kooperationen	76
4.3	Impfungen (§ 23 SGB V, Infektionsschutzgesetz, Länderregelungen)	78
4.3.1	Impfleistungen.....	78
4.3.2	Morbidität impfpräventabler Erkrankungen und Impfraten – Umsetzung der Empfehlungen	80
4.4.2.1	Daten zum Impfstatus	83
4.4.2.2	Barrieren.....	84
4.4.2.3	Maßnahmen zur Förderung der Inanspruchnahme....	85
4.4	Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)	87
4.4.1	„Check up 35“	87
4.4.1.1	Maßnahmen	87
4.4.1.2	Inanspruchnahme und Outcome	88
4.4.2	Krebsfrüherkennung	90
4.4.2.1	Maßnahmen und Effektivität	90
4.4.2.2	Inanspruchnahme	92
4.5	Vorsorge für Schwangere (§§ 195 und 196 RVO)	93
4.5.1	Maßnahmen.....	94
4.5.1.1	Inanspruchnahme und Defizite.....	94
4.6	Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen (§ 26 SGB V)	95
4.6.1	Untersuchungen bei Kindern (U1-U9).....	95
4.6.1.1	Maßnahmen	96

4.6.1.2	Evaluation	96
4.6.1.3	Inanspruchnahme	97
4.6.1.4	Defizite.....	98
4.6.2	Untersuchungen bei Jugendlichen (U10 bzw. J1)	100
4.6.2.1	Maßnahmen.....	100
4.6.2.2	Inanspruchnahme und Defizite	101
4.7	Modellversuche (§ 63 SGB V).....	102
4.8	Ärzte und Prävention	102
4.9	Zusammenfassung und Fazit	105
4.9.1	Realisation und Optimierung der Impfungen	105
4.9.2	Realisierung und Optimierung von Präventionsmaß- nahmen der Vorsorge und Früherkennung	107
4.9.3	Vernetzung der Akteure – Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung	110
4.9.4	Gesetzliche Einzeländerungen und übergreifendes Präventionsgesetz.....	111
4.9.4.1	Gesetzliche Einzeländerungen.....	111
4.9.4.2	Übergreifendes Präventionsgesetz.....	112
5	Prophylaxe von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten – SGB V	113
5.1	Mundgesundheit.....	113
5.2	Gesetzliche Grundlagen	116
5.3	Kooperationen und Strukturen	119
5.3.1	Übergreifende Vereinbarungen	120
5.3.2	Strukturen auf Landes- und kommunaler Ebene.....	120
5.3.3	Personal.....	122
5.4	Kosten und Finanzierung.....	123
5.4.1	Wirtschaftlichkeit präventiver Maßnahmen	123
5.4.2	Ausgaben für Mundprophylaxe.....	124
5.4.3	Finanzierungssystem.....	126
5.5	Anreize	127
5.6	Umsetzung der rechtlichen Regelungen.....	128
5.6.1	Gruppenprophylaxe (§ 21 SGB V)	128
5.6.1.1	Konzept.....	128
5.6.1.2	Leistungserbringung	129
5.6.1.3	Intensivprophylaxe bei hohem Kariesrisiko.....	131
5.6.1.4	Krankenkassen und ÖGD.....	132
5.6.1.5	Niedergelassene Zahnärzte.....	132
5.6.1.6	Einbindung der Eltern.....	133

5.6.1.7	Erzieher und Lehrer	134
5.6.1.8	Weitere Kooperationen	134
5.6.2	Individualprophylaxe (§ 22 SGB V).....	135
5.6.3	Früherkennung und Mundhygieneaufklärung (§ 26 SGB V).....	135
5.6.4	Informationen.....	136
5.6.5	Fluoridierung.....	136
5.6.6	Weitere Zielgruppen	137
5.6.7	Datenerhebung und Berichterstattung	137
5.7	Zusammenfassung und Fazit.....	138
5.7.1	Verbesserungen in der Mundgesundheit und Aufbau multi-institutioneller Strukturen	139
5.7.2	Optimierung der Prävention in der Mundgesundheit.....	141
5.7.3	Stellungnahmen zu einer Stiftung im Präventionsbereich	143
5.7.4	Gesetzliche Einzeländerungen und übergreifendes Präventionsgesetz	145
5.7.4.1	Gesetzliche Einzelregelungen	145
5.7.4.2	Übergreifendes Präventionsgesetz	145
6	Selbsthilfe sowie Aufklärung, Patienten- und Verbraucherberatung – SGB V, VI, IX.....	146
6.1	Prävention in der Selbsthilfe und Patienten- /Verbraucherberatung.....	147
6.2	Gesetzliche Regelungen	147
6.3	Organisation	149
6.3.1	Selbsthilfe.....	149
6.3.2	Patientenberatung	149
6.4	Finanzierung	151
6.4.1	Selbsthilfe.....	151
6.4.2	Unabhängige Patientenberatungsstellen.....	152
6.5	Kooperationen	152
6.5.1	Länder und Öffentlicher Gesundheitsdienst	152
6.5.2	Ärzteschaft	152
6.5.3	Kranken- und Pflegekassen.....	153
6.5.4	Bundesanstalt für Rehabilitation, Rentenversicherung.....	153
6.5.5	Sonstige	153
6.6	Umsetzung der rechtlichen Regelungen.....	154
6.6.1	Rahmenvereinbarungen zur Förderung der Selbsthilfe (§ 20, Abs. 4 Satz 2-4 SGB V)	154
6.6.2	Finanzielle Förderung der Selbsthilfe (§ 20 Abs. 4, Satz 5 SGB V)	155

6.6.3	Förderpraxis der Krankenkassen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene	156
6.6.4	Beurteilung der Förderpraxis	158
6.6.5	Förderung der Selbsthilfe durch die Träger der Rehabilitation (§§ 13 und 29 SGB IX, § 31 SGB VI)	159
6.6.6	Förderung der Selbsthilfe durch die Länder.....	160
6.6.7	Solidarität und Eigenverantwortung, Aufklärung und Beratung (§ 1 SGB V)	161
6.6.8	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (§ 65 SGB V)	162
6.6.9	Datenerhebung und -auswertung	164
6.7	Zusammenfassung und Fazit	164
6.7.1	Realisierung der Förderung der Selbsthilfe.....	164
6.7.2	Verbraucher- und Patientenberatung.....	165
6.7.3	Gesetzliche Einzeländerungen und übergreifendes Präventionsgesetz.....	166
6.7.3.1	Gesetzliche Einzeländerungen.....	166
6.7.3.2	Übergreifendes Präventionsgesetz.....	167
7	Gesetzliche Rentenversicherung – SGB VI.....	169
7.1	Gesetzliche präventive Regelungen.....	169
7.1.1	Entwicklung der präventiven rechtlichen Regelungen	169
7.1.2	Aktuelle gesetzliche Regelungen.....	171
7.2	Organisation	172
7.3	Umsetzung der rechtlichen Regelungen.....	172
7.4	Zusammenfassung und Fazit	172
8	Gesetzliche Unfallversicherung – SGB VII.....	173
8.1	Gesetzliche Regelungen	173
8.1.1	Arbeitsschutz	174
8.1.2	Präventive Regelungen im SGB VII	174
8.2	Historisches Verständnis der Prävention in der Unfallversicherung.....	177
8.3	Unfallverhütung und arbeitsbezogene Erkrankungen.....	178
8.4	Strukturen der gesetzlichen Unfallversicherung	179
8.4.1	Träger.....	179
8.4.2	Finanzierung.....	180
8.4.3	Ausgaben der Prävention.....	181

8.5	Umsetzung der rechtlichen Regelungen.....	182
8.5.1	Erweiterte präventive Maßnahmen durch die Unfallversicherung.....	182
8.5.2	Zusammenarbeit mit der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 14 SGB VII).....	184
8.5.2.1	Beginn der Zusammenarbeit.....	184
8.5.2.2	Art und Bewertung der Zusammenarbeit.....	185
8.5.2.3	Vorschläge der Unfallversicherung zur Weiterentwicklung.....	189
8.5.2.4	Modellprojekte.....	190
8.5.3	Unfallverhütungsvorschriften (§ 15 SGB VII).....	191
8.5.4	Überwachung und Beratung (§ 17 SGB VII).....	192
8.5.5	Aus- und Fortbildung (§§ 18 und 23 SGB VII).....	193
8.5.6	Anreize (§ 162 SGB VII).....	193
8.5.7	Datenerhebung und -auswertung (§§ 199, 204 und 206 SGB VII).....	194
8.5.8	Bericht (§ 25 SGB VII).....	194
8.6	Zusammenfassung und Fazit.....	195
8.6.1	Erweiterung der präventiven Aufgaben – Herausforderung für die Unfallversicherung.....	195
8.6.2	Kooperation mit den Krankenkassen.....	196
8.6.3	Optimierung der präventiven Maßnahmen.....	196
8.6.4	Gesetzliche Einzeländerungen und übergreifendes Präventionsgesetz.....	197
8.6.4.1	Gesetzliche Einzeländerungen.....	197
8.6.4.2	Übergreifendes Präventionsgesetz.....	198
9	Kinder- und Jugendhilfe – SGB VIII.....	199
9.1	Prävention und Gesundheit in der Kinder- und Jugendhilfe	199
9.1.1	Zielgruppen.....	199
9.1.2	Konzept der Gesundheit.....	200
9.1.3	Verständnis von Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe.....	200
9.1.4	Bezug zur Gesundheit im SGB VIII.....	202
9.2	Präventionsorientierte gesetzliche Regelungen.....	204
9.3	Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe.....	206
9.4	Kooperationen.....	209
9.4.1	Verpflichtungen zur Kooperation.....	209
9.4.2	Kooperationen mit der gesetzlichen Krankenversicherung und der Selbsthilfe.....	209
9.4.3	Kooperationen mit Schulen.....	210
9.4.4	Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst.....	210
9.4.5	Kooperationen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	211

9.4.6	Kooperationen mit der Bundesanstalt für Arbeit, Ausbildungs- und Beschäftigungsträgern	212
9.4.7	Kooperationen mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	212
9.4.8	Zusammenarbeit zwischen dem Sozial- und Gesundheitsbereich	213
9.5	Umsetzung gesundheitsbezogener präventionsbezogener rechtlicher Regelungen.....	213
9.5.1	Förderung der Gesundheit als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe –Elfter Kinder- und Jugendbericht.....	214
9.5.2	Angebote zur Förderung der Erziehung in der Familie (§§ 16, 17, 28, 29, 31 und 35 SGB VIII).....	216
9.5.3	Einrichtungen der Kindertagesbetreuung (§ 22 SGB VIII)...	219
9.5.4	Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz (§ 14 SGB VIII)..	221
9.5.5	Gesundheitsförderliche Zielsetzungen in der Kinder- und Jugendarbeit (§ 11 SGB VIII)	224
9.5.6	Jugendsozialarbeit (§ 13 SGB VIII).....	225
9.5.7	Hilfeplan (§ 36 SGB VIII).....	226
9.5.8	Jugendhilfeplanung und Datenhebung (§§ 71, 80 und 98 SGB VIII)	226
9.5.9	Verständnis von Gesundheit und Prävention sowie Qualifizierung der Mitarbeiter (§ 72 SGB VIII).....	227
9.6	Zusammenfassung und Fazit	229
9.6.1	Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe und ihre Optimierung	230
9.6.2	Übergreifendes Präventionsgesetz	233
10	Präventive Versorgung chronisch Kranker sowie Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen– SGB IX.....	234
10.1	Prävention in der Rehabilitation	234
10.1.1	Ansätze der Prävention.....	235
10.1.2	Rehabilitation im Gesundheitssystem	236
10.2	Präventionsorientierte gesetzliche Regelungen	237
10.3	Strukturen in der Rehabilitation	240
10.3.1	Kooperationen	243
10.4	Umsetzung der rechtlichen Regelungen.....	243
10.4.1	Inanspruchnahme und Reha-Zuweisung.....	243
10.4.2	Prävention von Gefährdungen – frühzeitige Rehabilitation (§ 31 SGB VI)	246
10.4.3	Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger (§§ 12 und 13 SGB IX).....	246

10.4.4	Servicestellen (§§ 22 und 23 SGB IX)	248
10.4.5	Leistungen zur Rehabilitation (§§ 4 und 26 SGB IX)	249
10.4.6	Vorrang von Prävention vor Rehabilitation (§ 3 SGB IX) ...	251
10.4.7	Präventive Maßnahmen und Schulung chronisch Kranker (§ 43 SGB V, §§ 26 und 44 SGB IX, Gesetz Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV).....	251
10.4.7.1	Patientenschulungen (§ 43 Nr. 2 SGB V).....	251
10.4.7.2	Disease-Management-Programme	253
10.4.7.3	Präventive Programme der Rentenversicherung... ..	255
10.4.7.4	Durchführung und Inanspruchnahme	256
10.4.7.5	Defizite.....	257
10.4.7.6	Nachsorge	258
10.4.8	Einbindung und Förderung der Selbsthilfe (§§ 20, 22, 29 SGB IX und § 31 SGBVI).....	259
10.4.9	Forschung.....	260
10.4.10	Berichte (§§ 24 und 66 SGB IX).....	261
10.5	Zusammenfassung und Fazit.....	261
10.5.1	Realisation und Optimierung der Prävention in der Rehabilitation	262
10.5.2	Weiterentwicklung der Prävention und präventiver Strukturen	264
10.5.3	Gesetzliche Einzeländerungen und übergreifendes Präventionsgesetz	266
10.5.3.1	Begriffsbestimmung Prävention.....	266
10.5.3.2	Gesetzliche Einzeländerungen.....	266
10.5.3.3	Übergreifendes Präventionsgesetz.....	267
11	Soziale Pflegeversicherung – SGB XI.....	268
11.1	Prävention und Pflege.....	268
11.2	Prävention als Aufgabe der Pflege	271
11.2.1	Prävention im Pflegeverständnis.....	271
11.2.2	Berufliche Qualifizierung	272
11.2.3	Pflege im Rahmen der gemeindebezogenen Prävention.....	274
11.3	Gesetzliche Regelungen	275
11.4	Organisation	277
11.5	Aufgaben.....	278
11.6	Anreize	278

11.7	Kooperationen	279
11.7.1	Sozialhilfeträger	279
11.7.2	Professionelle Pflege	280
11.7.3	Ärzte.....	280
11.7.4	Sonstige Kooperationspartner	281
11.8	Umsetzung der rechtlichen Regelungen.....	282
11.8.1	Richtlinien der Pflegekassen (§ 17 SGB XI)	282
11.8.2	Pflegeprophylaxen (§ 37 SGB V)	283
11.8.3	Aktivierende Pflege (§ 28 SGB XI)	284
11.8.4	Vorrang von Prävention und Rehabilitation (§§ 5, 31 und 32 SGB XI)	286
11.8.5	Pflegeeinsatz (§ 37 SGB XI)	287
11.8.6	Pflegekurse (§§ 28 und 45 SGB XI).....	288
11.8.7	Beratung	288
11.8.8	Pflegestatistiken, Berichte (§ 100 SGB XI)	289
11.8.9	Barrieren und fördernde Faktoren	290
11.9	Zusammenfassung und Fazit	292
11.9.1	Prävention als Aufgabe in der Pflegeversicherung	292
11.9.2	Förderung der präventivem Potenziale in der Pflege.....	294
11.9.3	Gesetzliche Einzeländerungen und übergreifendes Präventionsgesetz.....	296
11.9.3.1	Gesetzliche Einzeländerungen.....	296
11.9.3.2	Übergreifendes Präventionsgesetz.....	296
12	Gesamtzusammenfassung und Resümee	298
12.1	Ergebnisse der Teilanalysen.....	298
12.1.1	Arbeitsförderung – SGB III.....	298
12.1.1.1	Nutzung der präventiven Potenziale in der Arbeitsförderung	299
12.1.1.2	Einbindung der Bundesanstalt für Arbeit in die gesundheitsbezogene Prävention	302
12.1.1.3	Gesetzliche Einzeländerungen in der Arbeitsförderung	302
12.1.2	Primärprävention in der gesetzlichen Krankenversicherung – SGB V.....	303
12.1.2.1	Realisierung und Optimierung der Primärprävention.....	304
12.1.2.2	Gesetzliche Einzeländerungen in der Primärprävention der GKV	306

12.1.3	Vorsorge und Früherkennung – SGB V	306
12.1.3.1	Realisation und Optimierung der Impfungen.....	307
12.1.3.2	Realisierung und Optimierung von Präventions- maßnahmen der Vorsorge und Früherkennung	309
12.1.3.3	Gesetzliche Einzeländerungen in der Vorsorge und Früherkennung.....	311
12.1.4.	Prophylaxe von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten – SGB V	312
12.1.4.1	Verbesserungen in der Mundgesundheit und Aufbau multi-institutioneller Strukturen	312
12.1.4.2	Optimierung der Prävention in der Mund- gesundheit	315
12.1.4.3	Gesetzliche Einzeländerungen.....	318
12.1.5	Selbsthilfe sowie Aufklärung, Verbraucher- und Patientenberatung – SGB V, VI und XI.....	318
12.1.5.1	Realisierung der Förderung der Selbsthilfe	319
12.1.5.2	Verbraucher- und Patientenberatung	320
12.1.5.3	Gesetzliche Einzeländerungen in der Selbsthilfe sowie Verbraucher- und Patientenberatung	320
12.1.6	Gesetzliche Unfallversicherung – SGB VII.....	321
12.1.6.1	Erweiterung der präventiven Aufgaben – Herausforderung für die Unfallversicherung	322
12.1.6.2	Kooperation mit den Krankenkassen.....	322
12.1.6.3	Optimierung der präventiven Maßnahmen.....	323
12.1.6.4	Gesetzliche Einzeländerungen.....	323
12.1.7	Kinder- und Jugendhilfe – SGB VIII.....	324
12.1.7.1	Prävention n der Kinder- und Jugendhilfe und ihre Optimierung	325
12.1.8	Präventive Versorgung chronisch Kranker sowie Reha- bilitation und Teilhabe behinderter Menschen – SGB IX	328
12.1.8.1	Realisation und Optimierung der Prävention in der Rehabilitation.....	329
12.1.8.2	Gesetzliche Einzeländerungen in der Rehabilitation	331
12.1.9	Soziale Pflegeversicherung – SGB XI.....	332
12.1.9.1	Prävention als Aufgabe in der Pflegeversicherung.....	332
12.1.9.2	Förderung der präventiven Potenziale in der Pflege	334
12.1.9.3	Gesetzliche Einzeländerungen.....	336
12.2	Zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse	336
12.2.1	Verständnis und Begriffe von Prävention	336
12.2.2	Prävention als Aufgabe der Träger	338

12.2.3 Finanzierung.....	340
12.2.4 Kooperationen	341
12.2.5 Forschung	343
12.3 Weiterentwicklung der Prävention.....	344
12.3.1 Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung.....	346
12.4 Präventionsgesetz	347
12.5 Empfehlungen.....	350
13 Literatur	352

1 Einleitung

Die vorliegende sozialmedizinische Expertise zur „Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland“ versucht erstmalig eine Übersicht über die derzeitige Umsetzung der in sieben Sozialgesetzbüchern und in zahlreichen Landesregelungen der Schule und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes enthaltenen präventiven Inhalte zu geben. Damit werden insgesamt neun verschiedene Gesetzesfelder und zwölf präventive Bereiche betrachtet:

- Arbeitsförderung (SGB III),
- Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)
 - unterteilt in Primärprävention, Vorsorge und Früherkennung, Prophylaxe von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Selbsthilfe und Patientenberatung,
- Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI),
- Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII),
- Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII),
- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX),
- Soziale Pflegeversicherung (SGB XI),
- Schule und
- Öffentlicher Gesundheitsdienst.

Mit dieser explorativen Studie wird der Versuch unternommen, die in zahlreichen Gesetzen und Ausführungsbestimmungen verstreuten präventiven Regelungen nicht nur je einzeln, sondern in einer gemeinsamen Zusammenschau zu betrachten. Damit und insbesondere mit einer orientierenden Problemanalyse ihrer praktischen Umsetzung sowie mit dem Aufzeigen möglicher Lösungsansätze zu Umsetzungsdefiziten oder zu nicht funktionsgerechten oder unabgestimmten Vorgehensweisen und Strukturbildungen will die Expertise zu den Bemühungen um eine bereichsbezogene und bereichsübergreifende Fortentwicklung der Prävention in Deutschland einen Beitrag leisten.

Aus den methodischen Darlegungen (s. Kap. 1.4) und den eigenen Ergebnisbewertungen (s. Kap. 1.6) wird deutlich, dass angesichts der Fülle des Stoffes und der Breite und Varianz der Umsetzungspraxis – trotz sehr vieler in diese Stellungnahme eingeflossener Einzelbeiträge ausgewiesener Experten – diese Übersicht nicht ohne subjektive Wertungen auskommen kann und ebenso Lücken wie, in einzelnen Details, sicher auch Fehler in Kauf genommen werden müssen. Dafür trägt allein die Autorin die Verantwortung.

Die Expertise wurde Ende November 2002 abgeschlossen. Auf Bitten des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) wurden Anregungen der Fachreferate aufgegriffen und Ende April 2003 in das Gutachten eingearbeitet. Diese betreffen vor allem formale Aspekte als auch ergänzende Hinweise zur Diskussion. Soweit rechtliche Änderungen nach November 2002 erfolgten wurden diese nicht berücksichtigt. Ebenso ist der Stand der Versorgungsdaten und Literatur November 2002.

1.1 Relevanz der Prävention

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts hat sich die Erkenntnis zunehmend verbreitet, dass jede langfristig erfolgversprechende Prävention an den mentalen sowie den sozialen Ressourcen und Kontexten der Gesellschaft und der Betroffenen ansetzen muss. Dies führte zu ersten Forderungen nach einer umfassenden präventiven Neuorientierung von Gesundheitspolitik (Sachverständigenrat 2001, SPD 2002, CDU/CSU 2002).

Dennoch gilt hinsichtlich der derzeitigen politischen Relevanz der Prävention in Deutschland drei Jahrzehnte nach Einführung erster präventiver Teilprogramme und trotz aller aktuellen Bekenntnisse und Diskussionen: Der Prävention kommt bislang in der deutschen Gesundheitsversorgung nur eine marginale Stellung zu.

So betragen die Investitionen für den gesamten Gesundheitsschutz und die Prävention lediglich 4,5 % der Gesundheitsausgaben, von denen knapp 40 % von der Krankenversicherung, 17 % von den öffentlichen Haushalten, 13 % von den Arbeitgebern, 7 % von der gesetzlichen Unfallversicherung, knapp 3 % der Pflegeversicherung und 1 % von der Rentenversicherung getragen wird. 20 % der Ausgaben entfallen auf private Haushalte und Organisationen. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) umfasst die Prävention (2000) 3,0 % ihrer Ausgaben, in der privaten Krankenversicherung (PKV) nehmen sie lediglich 0,1 % ein (Statistisches Bundesamt 2002). Verständlich, dass der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten von 2001 bei allen wichtigen Volkskrankheiten auf erhebliche Unterversorgungen im präventiven Bereich hinweist. Zudem hält er eine Verbesserung der präventiven Infrastruktur auf allen Ebenen für notwendig.

Nicht nur national (Sachverständigenrat 2001, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001), auch international (World Health Organization 1998) wird der Prävention angesichts der demographisch und technologisch bedingten wachsenden Versorgungsbedarfe in der Kuration, der Rehabilitation und der Pflege eine zukunftsentscheidende Bedeutung zugeschrieben. Zudem ist das deutsche Gesundheitssystem trotz mehrjähriger Anstrengungen der Politik für ein verbessertes Instrumentarium gegen Qualitätsmängel und Verschwendung von mittelfristig fortbestehenden ernst zu nehmenden Finanzierungsrisiken der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bedroht.¹ Der Ausschöpfung der präventiven Potenziale in der Bevölkerung und bei Einzelnen kommt deshalb auch in Deutschland eine zukunftsentscheidende Bedeutung zu.

¹ Diese sind exogen vor allem (1) durch die langfristige Schwäche des Arbeitsmarktes, ferner (2) durch die wachsenden und vorgezogenen Verrentungstendenzen bei nicht kostendeckenden Beiträgen in der Rentner-GKV, (3) durch eine Reihe sozialpolitischer Eingriffe zu Lasten der GKV-Einnahmen (Senkung des Rentenniveaus und damit der darauf basierenden GKV-Beiträge, Senkung der GKV-Beiträge durch die Arbeitslosenversicherung) sowie (4) durch die demographische Alterstransition und (5) durch sonstige soziale und wissenschaftlich-technische Entwicklungen bedingt.

Diese Forderung wurde von der Bundesregierung im Jahr 2001 aufgegriffen und die Prävention mit der Einrichtung einer Arbeitsgruppe im Rahmen des Runden Tisches des Bundesgesundheitsministeriums als wichtige Aufgabe anerkannt. Ziel war und ist es, mit den in der Prävention beteiligten Verbänden und Einrichtungen über die mittel- bis langfristigen Probleme im Gesundheitswesen in Dialog zu treten und die Prävention im Konsens zu stärken. Als ein erster wichtiger Schritt wurde die Einrichtung eines „Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung“ sowie einer auf Dauer angelegten Organisationsstruktur (Forum, Stiftung oder ähnlichen Organisationsform) zur Konzeption und Koordination institutionenübergreifender Maßnahmen und Bündelung der Ressourcen befürwortet und als Empfehlung im April 2002 zur Stärkung der Prävention vom „Runden Tisch“ verabschiedet.

Im Juli 2002 wurde das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung gegründet, dem 41 Gründungsmitglieder angehören. Mit dem Forum sollen u.a. gemeinsam bundesweite Präventionsstrategien entwickelt werden.

1.2 Präventionsgesetz

Prävention mit ihren Aufgaben des Gesundheitsschutzes, der primären Prävention, der Vorsorge und Krankheitsfrüherkennung sowie der tertiären Prävention/Rehabilitation und der betrieblichen, schulischen und kommunalen Gesundheitsförderung werden in Deutschland in zahlreichen verschiedenen Gesetzen und Verordnungen auf Bundes- und Landesebene geregelt. Wesentliche gesundheitsbezogene Bereiche und die zugehörigen Sozialgesetzbücher zeigt die Abbildung 1-1. Neben den aufgeführten rechtlichen Regelungen bestehen noch zahlreiche weitere Gesetze, Richtlinien und Empfehlungen. Hinzu kommen weitere gesetzliche Regelungen in angrenzenden, die Gesundheit beeinflussenden Gebieten wie z.B. Umwelt, Verkehr, Landwirtschaft, Lebensmittel, Verbraucherschutz und Bildung.

Mit der Vergabe einer juristischen Expertise durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zur Sichtung und Analyse der in zahlreichen, auf Bundes- und Länderebene vorliegenden rechtlichen Regelungen in der Prävention (Seewald, Leube 2002) und einer daran anschließenden sozialmedizinischen Expertise zur Umsetzung dieser Gesetze und Empfehlungen wurde der im Präventionsgutachten für die Kommission Humane Dienste (Walter, Schwartz 2000), vor allem aber vom „Runden Tisch“ Prävention (2002) angesprochene Vorschlag eines übergreifenden Präventionsgesetzes aufgegriffen und einer Prüfung unterzogen.

Ziel des juristischen Gutachtens war es,

- die entsprechenden expliziten und impliziten Regelungen insbesondere in den Sozialgesetzbüchern V, VI, VII, VIII, IX und XI sowie in den Bereichen Schule und ÖGD zu identifizieren,
- die Schnittstellen zwischen Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege sowie neben bestehenden Kooperationsregelungen die sich durch die Rege-

lungen und Begrifflichkeiten ergebenden Defizite und Hindernisse aufzuzeigen und

- einen eventuellen Harmonisierungs-, Ergänzungs- und Präzisionsbedarf darzulegen und Vorschläge zu seiner Überwindung zu erarbeiten.

Die juristische Expertise wurde Anfang Mai 2002 vorgelegt.

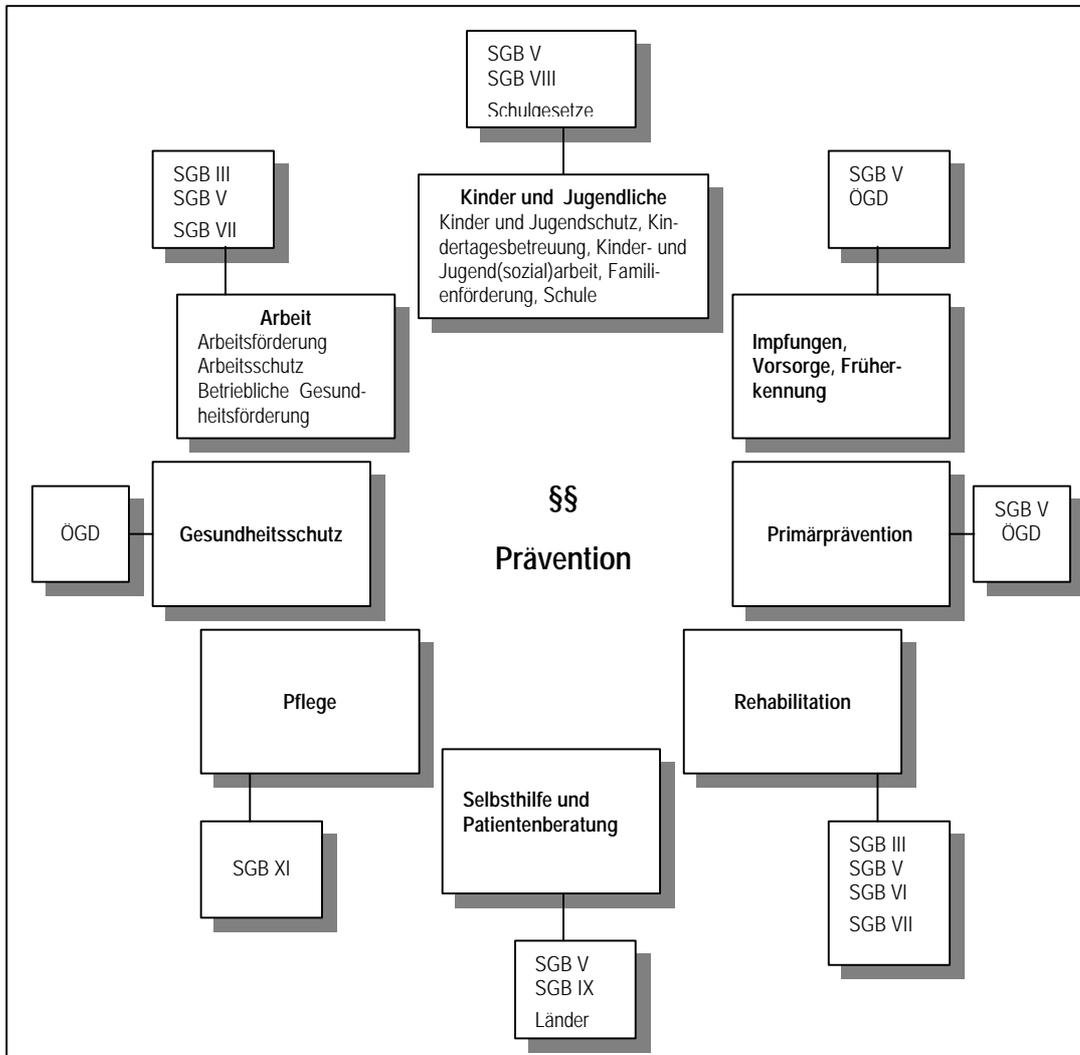


Abb. 1-1: Wesentliche gesundheitsbezogene Bereiche mit präventiven rechtlichen Regelungen insbesondere durch Sozialgesetzbücher und Regelungen des ÖGD-Bereichs (öffentliche Gesundheitsdienste)

1.3 Ziele der sozialmedizinischen Expertise

An die Analyse der rechtlichen Bestimmungen für Prävention schließt sich die Frage an, inwieweit diese rechtliche Vielfalt den Inhalten der Prävention gerecht wird und eine adäquate Umsetzung in der Versorgungspraxis erlaubt. Die Betrachtung der rechtlichen Regelungen wurde deshalb um die sozialmedizinische Perspektive erweitert. Im Einzelnen soll geprüft werden,

- ob die gesetzlichen Regelungen den Anforderungen an eine transparente und zielorientierte Prävention, wie sie z.B. im Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001 dargelegt sowie im Zwischenbericht des Runden Tisches (2001) skizziert wurden, gerecht werden, oder ob und inwiefern inhaltliche Lücken bestehen,
- inwieweit die Regelungen in der Praxis bekannt sind, und ob möglicherweise kaum bekannte Regelungen identifiziert werden können, sowie insbesondere inwieweit die Möglichkeiten der rechtlichen Bestimmungen in der Praxis tatsächlich ausgeschöpft werden,
- ob die bestehenden Regelungen die Umsetzung der Prävention in die Praxis sowie die tatsächliche Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens bzw. den rechtlichen Regelungsbereichen sowie zwischen der Bundes- und Landesebene in die Praxis fördern, oder ob und inwieweit sie ihr eher entgegenstehen,
- inwieweit insgesamt aus Sicht der Versorgungspraxis und der anwendungsorientierten (Public Health) Wissenschaft ein rechtlicher Harmonisierungs-, Ergänzungs- und Präzisierungsbedarf erkennbar wird, und inwieweit die identifizierten Probleme überwunden werden können.

1.4 Definition von Prävention

Der Expertise werden im Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001, S. 134ff) aufgeführten Definitionen zugrunde gelegt.

Prävention im Sinne einer generellen Vermeidung eines schlechteren Zustands umfasst alle zielgerichteten Maßnahmen und Aktivitäten, die eine bestimmte gesundheitliche Schädigung verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern.

Primärprävention umfasst alle spezifischen Aktivitäten vor Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung zur Vermeidung auslösender oder vorhandener Teilursachen. Gesundheitspolitisches Ziel ist, die Inzidenzrate einer Erkrankung in einer Population (oder die Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum) zu senken.

Sekundärprävention umfasst (1) alle Maßnahmen zur Entdeckung klinisch symptomloser Krankheitsfrühstadien (Früherkennungsmaßnahmen, Gesundheits-Check-up, sog. Vorsorgeuntersuchungen) asymptomatischer Krankheiten und ihre erfolgreiche Frühtherapie. Zentral ist die Forderung nach gesichertem Zusatznutzen der Frühbehandlung gegenüber einer später einsetzenden Normalbehandlung, da andernfalls Früherkennung unnötige Kosten, unnötiges Leid und unnötige Risiken verursacht. Als Sekundärprävention wird in jüngster Zeit auch (2) die Verhinderung einer Wiederholungserkrankung bzw. einer identischen Zweiterkrankung nach behandelter

Ersterkrankung bezeichnet (z.B. Reinfarkt nach Herzinfarkt). Gesundheitspolitisches Ziel ist die Inzidenzabsenkung manifester oder fortgeschrittener Erkrankungen.

Tertiärprävention kann im weiteren Sinne verstanden werden als die wirksame Behandlung einer symptomatisch gewordenen Erkrankung mit dem Ziel, ihre Verschlimmerung zu verhüten. Engere Konzepte der Tertiärprävention subsumieren die Behandlung manifester Erkrankungen unter Kuration und bezeichnen lediglich bestimmte Interventionen zur Verhinderung bleibender, insbesondere sozialer Funktionseinbußen als Tertiärprävention. Gesundheitspolitisches Ziel von Tertiärprävention im Sinne von Rehabilitation ist diesem Verständnis nach, die Leistungsfähigkeit soweit als möglich wiederherzustellen, zu erhalten und bleibende Einbußen und Behinderungen zu verhüten.

Während Prävention eine gezielte Vermeidung von Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen durch eine Reduktion von Belastungen und Risiken anstrebt, setzt *Gesundheitsförderung* nach der Ottawa Charta der WHO zusätzlich oder alternativ vor allem bei der Stärkung der sog. salutogenen Gesundheitsressourcen und -potenziale an. Dies bezieht sich zum einen auf den einzelnen Menschen (höheres Maß an informierter und kompetenter Selbstbestimmtheit) und zum anderen auf gesellschaftliche Ebenen (z.B. persönliches Lebensumfeld, politisch-administrative Veränderung der Rahmenbedingungen) mit dem Ziel, ungenutzte Potentiale in der Gesundheits- und Lebenserwartung beim Einzelnen und gesundheitliche Ungleichheit (Benachteiligung) auf der Bevölkerungsebene zu reduzieren.

Sowohl der krankheitsorientierte Ansatz der Prävention als auch der ressourcenorientierte Ansatz der Gesundheitsförderung zielen – wenn auch aus unterschiedlichen Blickwinkeln und mit verschiedenen Strategien – auf die verbesserte Gesundheit des Einzelnen sowie der Bevölkerung und sollten als einander ergänzend betrachtet werden.

1.5 Analysedesign und Methodik

Die Umsetzung der rechtlichen Regelungen in der Praxis sowie die Identifikation ihrer Barrieren wurde bislang einer systematischen und wissenschaftlichen Analyse nicht unterzogen. Entsprechend liegen hierzu kaum umfassende Publikationen vor. Auch Erfahrungsberichte sind nur vereinzelt publiziert worden. Zur sozialmedizinischen Bewertung der rechtlichen Bestimmungen und ihrer Realisation wurden deshalb neben einer Analyse der Fachpublikationen sowie der sog. grauen Literatur und der Vereinbarungen, Bundestagsdrucksachen etc. zahlreiche in die praktische Umsetzung der präventiven Gesetze eingebundene Akteure um schriftliche Stellungnahmen gebeten und/oder interviewt.

Die Analyse der Realisation der rechtlichen präventiven Regelungen wurde in den folgenden Bereichen vorgenommen:

- Arbeitsförderung (SGB III),
- Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)
 - unterteilt in Primärprävention, Vorsorge und Früherkennung, Prophylaxe von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Selbsthilfe und Patientenberatung,
- Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI),
- Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII),
- Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII),
- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX),
- Soziale Pflegeversicherung (SGB XI),
- Schule und
- Öffentlicher Gesundheitsdienst.

In allen neun Bereichen wurde folgende Vorgehensweise gewählt:

(1) Analyse der Literatur:

Zur Struktur und Umsetzung der Prävention sowie (insbesondere rechtlich bedingten) Hindernissen und Barrieren wurde Literatur recherchiert und ausgewertet. So weit möglich wurde „graue“ Literatur berücksichtigt. Zudem wurden die für das Gutachten des Sachverständigenrats 2000/2001 eingeholten Stellungnahmen zu den Themen Prävention, Rehabilitation und Pflege analysiert und Anhörungen zur Prävention insbesondere des Jahres 2002 im Bundestag einbezogen.

(2) Schriftliche Stellungnahmen:

Ausgewählte Entscheidungsträger und Vertreter der Versorgungspraxis wurden um eine schriftliche Stellungnahme zur Relevanz und Umsetzung der präventiven rechtlichen Regelungen in ihren Bereichen gebeten. Für jeden Bereich liegt mindestens eine Stellungnahme vor. In Bereichen, in die unterschiedliche Akteure eingebunden sind, wurden i.d.R. mehrere Stellungnahmen eingeholt. Insgesamt liegen *21 Stellungnahmen* vor.

(3) Leitfadengestützte Interviews:

In einem anschließenden telefonischen, z.T. auch in persönlichen Gesprächen vor Ort, wurden diese Stellungnahmen vertiefend mit den Experten erörtert. Um verschiedene Perspektiven zu berücksichtigen, wurden häufig Interviews mit Entscheidungsträgern bzw. Fachkräften mehrerer in einem Bereich tätiger Einrichtungen geführt.

Zur Erfassung der Spezifika der eingebundenen Einrichtungen in den unterschiedlichen Bereichen wurde für jedes Interview ein *spezifischer Gesprächsleitfaden* erstellt, der den Befragten vorab zugesandt wurde. Die Interviews wurden auf Tonträger aufgezeichnet und inhaltlich ausgewertet. Insgesamt wurden *25 leitfadengestützte Interviews* mit 32 Experten geführt, davon 18 per Telefon und 7 vor Ort. Die Dauer der telefonischen Interviews beträgt im Durchschnitt 62 Minuten (min. 40 Min., max. 120 Min.) und der Interviews vor Ort 102 Minuten (min. 45 Min, max. 130 Min.). Die Interviewdauer insgesamt liegt bei durchschnittlich 73 Minuten.

Die Aufgeschlossenheit der Experten zu einer schriftlichen Stellungnahme sowie die Bereitschaft zur Teilnahme an einem Interview war sehr groß. Lediglich zwei angefragte (und zugesagte) Stellungnahmen wurden nicht abgegeben.

Einen Überblick über die vorliegenden Stellungnahmen und durchgeführten Interviews und Interviewpartner gibt die Tabelle 1-1. Die Zuordnung zu den Präventionsbereichen wurde nach ihrem jeweiligen Schwerpunkt vorgenommen. Liegen wesentliche Überschneidungen vor, sind diese gekennzeichnet. Die Auflistung der Stellungnahme erfolgt unter Nennung der Institution und der jeweiligen Ansprechpartner bzw. Autoren.

Tabelle 1-1: Vorliegende Stellungnahmen und leitfadengestützte Interviews zur Umsetzung der präventiven rechtlichen Regelungen, * = aufgrund mehrerer Schwerpunkte zwei Bereichen zugeordnet, ** = Gespräch, kein Leitfaden-Interview (Bereich Schule)

Schriftliche Stellungnahme	Leitfadengestütztes Interview
SGB III – Arbeitsförderung	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg, Landesarbeitsamt Sachsen-Anhalt-Thüringen, Halle, Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB), Nürnberg</i> (Dr. Walther Heipertz, Dr. Albert Berg, Dr. Ina Ueberschär, Dr. Alfons Hollederer) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dr. Walther Heipertz</i> Leitender Arzt der Bundesanstalt für Arbeit (BA), Nürnberg, • <i>Dr. Albert Berg</i> ärztlicher Obergutachter des Ärztlichen Dienstes der Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg, • <i>Dr. Alfons Hollederer</i> wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB), Nürnberg • <i>Hermann Genz</i> Leiter des JobCenters Köln/Sozialamt, Köln • <i>Helmut Knab</i> Leiter der Abt. Verwaltung, Arbeitsamt Rottweil
SGB V – Primärprävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Alfons Chavet</i> Leiter der Abt. Leistung und Versicherungen, IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach • <i>Dr. Michael Drupp</i> Leiter des Institutes für Gesundheitsconsulting, AOK Niedersachsen, Hannover

SGB V – Vorsorge und Früherkennung	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Berlin</i> (Dr. Bernhard Gibis MPH) • <i>Berufsverband der Kinder- und Jugend-ärzte (BVKJ), Köln</i> (Stephan Eßer) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dr. Bernhard Gibis MPH</i> Leiter der Abt. Qualitätssicherung, Prävention und Familienplanung, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Berlin • <i>Stephan Eßer</i> Hauptgeschäftsführer des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), Köln • <i>Dr. Peter Allhoff</i> Forberas GmbH & Co. KG, Leiter des Instituts für medizinische Forschungsberatung, Werther
SGB V – Prophylaxe von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS), Essen</i> (Dr. Harald Strippel M.Sc.) • <i>Bundesverband der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst, Dreieich</i> (Dr. Klaus Dürr) • <i>Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Berlin</i> (Dr. Dietmar Oesterreich, Dr. Sebastian Ziller) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dr. Harald Strippel M.Sc.</i> Fachgebietsleiter Zahnmedizinische Versorgung, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS), Essen • <i>Dr. Klaus Dürr</i> Vorsitzender des Bundesverbandes der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst, Dreieich • <i>Dr. Bernd Wiethardt</i> Leiter der Vertragsabteilung des Bundesverbandes der Landwirtschaftlichen Kassen, alternierender Vorsitzender der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) • <i>Dr. Dietmar Oesterreich</i> Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer und Vorsitzender des Ausschusses Präventive Zahnheilkunde, Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Berlin
Selbsthilfe sowie Aufklärung, Verbraucher- und Patientenberatung	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Gesundheitsladen Bielefeld e.V., PatientInnenstelle Bielefeld</i> (Judith Storf) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Judith Storf</i>, Sprecherin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen und -initiativen (BAGP), Gesundheitsladen Bielefeld e.V., PatientInnenstelle Bielefeld • <i>Klaus Balcke</i>, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) • <i>PD Dr. Marie-Luise Dierks</i>, Leiterin des Arbeitsbereichs Patienten und Konsumenten, Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover

SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Berlin</i> (Dr. Christiane Korsukéwitz) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dr. Christiane Korsukéwitz</i> Leitende Ärztin der Bundesanstalt für Arbeit (BfA), Fachbereich Medizin, <i>Brigitte Gross</i> Grundsatzreferentin im Referat Recht der Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Berlin • <i>Dr. Eberhard Grosch</i> Leiter des prüf- und beratungsärztlichen Dienstes der Landesversicherungsanstalt Niedersachsen (LVA) <i>Dr. Armin Wasmus</i> stellvertretender Leiter des prüf- und beratungsärztlichen Dienstes der Landesversicherungsanstalt Niedersachsen (LVA)
SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bundesverband der Unfallkassen, München</i> (Prof. Dr. Hartmut Weber-Falkensammer) • <i>Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Ver.di), Berlin</i> (Herbert Weisbrod-Frey) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Prof. Dr. Hartmut Weber-Falkensammer</i> Geschäftsführer des Bundesverbandes der Unfallkassen e.V., München
SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Deutsches Jugendinstitut e.V., München</i> (Dr. Brigitte Seifert) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dr. Brigitte Seifert</i> wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abt. Jugend- und Jugendhilfe des Deutschen Jugendinstituts e.V., München • <i>Gudrun Mertens</i> Leiterin des Landesjugendamtes Stuttgart • <i>Dr. Elisabeth Pott*</i> Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Berlin</i> (Dr. Christiane Korsukéwitz) • <i>Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Berlin/Bonn</i> (Dr. Hartmut Haines) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dr. Christiane Korsukéwitz</i> Leitende Ärztin der Bundesanstalt für Arbeit (BfA), Fachbereich Medizin <i>Brigitte Gross</i> Grundsatzreferentin im Referat Recht der Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Berlin • <i>Dr. Eberhard Grosch</i> Leiter des Prüf- und Beratungsärztlichen Dienstes der Landesversicherungsanstalt Niedersachsen (LVA) <i>Dr. Amin Wasmus</i> Stellvertretender Leiter des Prüf- und Beratungsärztlichen Dienstes der Landesversicherungsanstalt Niedersachsen (LVA) • <i>Hans Dörning</i> Geschäftsführer des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG), Hannover/Witten
SGB XI – Soziale Pflegeversicherung	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS), Essen</i> (Uwe Brucker, Dr. Dagmar Hutzler) • <i>Deutscher Pflegerat (DPR), Wiesbaden</i> (Marie Luise Müller, Ute Herbst) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Uwe Brucker</i> Fachgebietsleiter Pflege II, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS), Essen • <i>Marie Luise Müller</i> Präsidentin des Deutschen Pflegerates, Wiesbaden <i>Ute Herbst</i> Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und stellvertretende Präsidentin des Deutschen Pflegerates, Deutscher Pflegerat, Wiesbaden
Öffentlicher Gesundheitsdienst	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Gesundheitsamt Main-Kinzig-Kreis, Hanau</i> (Dr. Helmut Ernst) • <i>Gesundheits- und Umweltamt, Bezirk Harburg, Hamburg</i> (Dr. Burkhardt Jaeschke) • <i>Deutscher Städtetag/Städtetag Nordrhein-Westfalen, Köln*</i> (Dr. Manfred Wienand) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dr. Helmut Ernst</i> Leiter des Gesundheitsamtes Main-Kinzig-Kreis, Hanau • <i>Dr. Manfred Wienand</i> Sozialdezernent des Deutschen Städtetags, Köln <i>Lutz Decker</i> Deutscher Städtetags, Köln

Schule	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Universität Flensburg, Institut für Biologie und Sachunterricht, Flensburg</i> (Prof. Dr. Karla Etschenberg) • <i>Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Hannover</i> (Angelika Maasberg) • <i>Kultusministerium Baden-Württemberg, Stuttgart</i> (Dieter Pfau) • <i>Deutscher Städtetag/Städtetag Nordrhein-Westfalen, Köln*</i> (Dr. Manfred Wienand, Lutz Decker) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dr. Elisabeth Pott*</i> Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln • <i>Prof. Dr. Karla Etschenberg**</i> Direktorin des Instituts für Biologie und Sachunterricht, Universität Flensburg, Flensburg • <i>Angelika Maasberg**</i> Bereiche Gesundheitsförderung in und mit Schulen, Kindergärten und Kindertagesstätten, Stillförderung, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Hannover • <i>Dieter Pfau**</i> Ministerialrat, Kultusministerium Baden-Württemberg, Stuttgart

1.6 Darstellung der Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt zunächst i.W. getrennt für die einzelnen Sozialgesetzbücher (z.B. Kap. 2 Arbeitsförderung, Kap. 8 Kinder- und Jugendhilfe), wobei aufgrund der Komplexität einiger Bereiche Themenschwerpunkte gebildet wurden (z.B. Kap. 3 Primärprävention, Kap. 4 Vorsorge und Früherkennung). Wo es der inhaltlichen Zuordnung dienlich war, wurden Regelungen verschiedener Sozialgesetzbücher zusammen betrachtet (z.B. im Kap. 6 Selbsthilfe und Patientenberatung und im Kap. 10 präventive Versorgung chronisch Kranker sowie Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen).

In jedem Bereich werden nochmals die wesentlichen rechtlichen präventiven Regelungen tabellarisch aufgeführt, wobei i.d.R. unterschieden wird zwischen die Prävention im engeren Sinn und im weiteren Sinn betreffende Bestimmungen. In einzelnen Bereichen weichen die aufgeführten Regelungen von den von Seewald und Leube (2002) für die gesundheitsbezogene Prävention als relevant identifizierten ab.

In einigen Bereichen differiert die Verwendung des Begriffs Prävention von der im Gutachten des Sachverständigenrats (2001) dargelegten Definitionen. In diesen Fällen wird ausführlicher auf das jeweilige Verständnis von Prävention eingegangen. Zudem werden die Möglichkeiten der gesundheitsbezogenen Prävention kurz aufgezeigt.

Wesentlich für die Umsetzung der präventiven Regelungen sind die bestehenden Strukturen, die Einbindung der beteiligten Einrichtungen und die Ausformung der Kooperationen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Ihnen wird in jedem

Bereich besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Soweit möglich werden auch Fragen der Finanzierungsstrukturen und Kosten berücksichtigt.

Zentrale rechtliche Regelungen werden in jedem Bereich hinsichtlich ihrer Umsetzung und möglicher Barrieren explizit betrachtet. Aufgezeigt werden jeweils rechtliche und strukturelle Harmonisierungs-, Ergänzungs- und Präzisionsbedarfe und Möglichkeiten zur Überwindung der identifizierten Probleme. Zudem wird jeweils eine Bewertung eines übergreifendes Präventionsgesetzes aus Sicht der einbezogenen Experten vorgenommen.

Jedes Kapitel endet mit einer Zusammenfassung und einem Fazit. Dieses fasst wesentliche Ergebnisse zusammen und zeigt Ansätze zur Optimierung der Prävention auf.

In der abschließenden Gesamtbetrachtung der Expertise erfolgt zunächst eine Zusammenschau der einzelnen Bereiche zur Umsetzung der rechtlichen Regelungen. Anschließend wird versucht, übergreifende zentrale Barrieren sowie fördernde Faktoren herauszukristallisieren. Es werden Hinweise zur Optimierung der Umsetzung der Prävention aufgezeigt. Abschließend wird in der vorliegenden Expertise eine Einschätzung zu einem übergreifenden Präventionsgesetz gegeben.

1.7 Methodische Bewertung der Ergebnisse

Das vorliegende Gutachten versucht erstmalig eine Übersicht über die derzeitige Umsetzung in der Praxis der in sieben Sozialgesetzbüchern und in zahlreichen Landesregelungen der Schule und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes enthaltenen präventiven Inhalte zu geben. Damit werden insgesamt neun verschiedene Gesetzesfelder und zwölf präventive Bereiche betrachtet.

Dabei konnte aufgrund fehlender objektiver Daten auf subjektiv erfahrungsgelitete Urteile nicht verzichtet werden. Um das Vorhaben in dem gegebenen Rahmen (einige Monate, eine Bearbeiterin) annähernd zu bewältigen, wurde der externe Sachverstand von Personen einholt, die aufgrund ihrer Tätigkeit und Position über einen Überblick in ihrem Feld verfügen. In dem vorgegebenen Rahmen war jedoch lediglich eine begrenzte Auswahl an vertiefenden persönlichen Gesprächen in den einzelnen Bereichen möglich.

Die Analyse ist von zahlreichen Eindrücken und Quellen geprägt, die nicht ganz verzerrungsfrei sind. Entsprechend dürfen die vorliegenden Ausführungen nur als ein vorsichtig zu wertender Problemhaushalt gewertet werden.

Um im wissenschaftlichen Sinn eine verlässliche Analyse über die Umsetzung, den Einfluss von strukturellen, rechtlichen und personellen Rahmenbedingungen geben zu können, bedarf es vertiefter Untersuchungen in jedem einzelnen Bereich. Allerdings kann es als relativ sicher gelten, dass dort, wo im vorliegenden Gutachten Probleme der Umsetzung benannt werden, in der Praxis tatsächlich relevante

Schwierigkeiten der Ziel-, Zielgruppenerreichung, der flächendeckenden oder insbesondere auch der unterschiedlichen rechtlichen Regelungsbereiche übergreifenden Umsetzung bestehen. Nicht sicher ist hingegen, dass dort, wo keine Probleme benannt werden, tatsächlich keine, insbesondere solche regionaler Art bestehen. Wo Lösungen beschrieben werden, ist sich die Verfasserin zwar sicher, dass es für die aufgezeigten Problemlagen Lösungsansätze gibt, aber sie kann nicht die Gewähr dafür bieten, dass die aufgezeigten Wege die tatsächlich besten und wirksamsten sind.

Die mit der Expertise vorgelegten Befunde und Bewertungen bilden daher quasi einen „Steinbruch“ für die Identifikation von Handlungsbedarfen und ebenso teilweise für weitere vertiefende Analysen. Insgesamt lässt sich aus dem Gutachten als eine übergreifende „Mahnung“ ableiten, dass zukünftig bei jeder neuen Präventionsmaßnahme oder eingreifenden Strukturänderung auf dem Boden ausreichender ex-ante-Überprüfungen durch Pilot- oder Modellprojekte mit den Mitteln angemessener moderner Präventions- und Versorgungsforschung, die Praxistauglichkeit, die Umsetzungsbarrieren, ebenso unerwartete Effekte und Nebeneffekte von Maßnahmen vorab besser als bisher abgeschätzt werden. Auch auf die Verbindlichkeit übergreifender Regelungen sollte vermehrt geachtet werden, ebenso auf die Aufdeckung von Parallelaktivitäten, und auf ihre ggf. notwendige Bündelung oder auch Reduzierung hingewirkt werden, und ebenso darauf, dass nach Einführung neuer Maßnahmen oder neuer Strukturen durch eine transparente Berichtspflicht sich die politischen Gremien von dem Eintritt und der Dauerhaftigkeit erwünschter gesundheitlicher oder struktureller Effekte überzeugen, nicht oder unerwünscht wirksame Ansätze wieder korrigiert werden.

„Prävention“ in einer modernen wissensbasierten und raschem sozialem und wirtschaftlichem Wandel unterworfenen Gesellschaft muss notwendigerweise als ein dynamisches Geschehen verstanden werden, das immer wieder der Überprüfung und Nachjustierung bedarf.

Funktion, Akzeptanz und gesundheitlicher Nutzen für die Bevölkerung oder für Teilzielgruppen, nicht aber das Eigenleben von Institutionen, sollten dabei letztendlich im Mittelpunkt stehen.

Eine im guten Sinne kritische, transparente und erfolgreiche Präventionspraxis braucht darüber hinaus einen politischen und wissenschaftlichen förderlichen Hintergrund: Prävention muss in einer ressortübergreifenden Gesamtpolitik in Deutschland einen höheren Stellenwert gewinnen. Das schließt nicht nur legislative und sonstige fördernde Überlegungen und Maßnahmen der für Gesundheit und Soziales, sondern auch der für Forschung, Jugend, Senioren, Verbraucherschutz und der Bildung auf Bundes- wie auf Länderebene zuständigen Ministerien ein.

1.8 Danksagung

Die Expertise zur „Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland“ wäre nicht ohne die Mitwirkung und die große Bereitschaft zur Unterstützung zahlreicher Expertinnen und Experten in praxisnahen Entscheidungsbereichen und der Versorgungspraxis zustande gekommen. Danken möchte ich allen, die, teilweise sehr umfangreiche, schriftliche Stellungnahmen verfasst haben. Mein Dank gilt auch allen Interviewpartnern, die zu, oft langen, immer intensiven und anregenden Gesprächen bereit waren. Alle Beteiligten sind entsprechend den einzelnen Gesetzesbereichen in Kapitel 1.4 aufgeführt. Allen denen, die nicht genannt wurden, und in den Einrichtungen an den Stellungnahmen mitgewirkt haben, sei ebenfalls herzlich gedankt.

Herrn Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz, ehem. Vorsitzender und amtierendes Mitglied des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Direktor der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover, danke ich für die kritische Durchsicht des Manuskripts, zahlreiche Diskussionen und fruchtbare Anregungen, die oft zu einer neuen Sicht führten.

Frau Stephanie Schöppe, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG), recherchierte zahlreiche Literatur- und Datenquellen und unterstützte mich mit der Erstellung von Abbildungen und Tabellen. Frau Gabriele Faulhaber half in der Schlussphase in der gewohnt verlässlichen Weise bei Korrekturen. Auch für ihre Hilfe möchte ich mich sehr bedanken.

2 Arbeitsförderung – SGB III

Mit dem Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung (AVAVG) wurde 1927 erstmals eine reichsgesetzliche Arbeitslosenversicherung eingeführt, in die die ursprüngliche gemeindliche Erwerbslosenfürsorge integriert wurde. Die Bewältigung der Arbeitslosigkeit wurde damit zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe (Articus 2001). Das derzeit gültige Arbeitsförderungsgesetz (AFG, von 1969) wurde als Drittes Buch mit Beschluss vom 24.03.1997 in das Sozialgesetzbuch aufgenommen.

Mit dem Gesetz zur Reform der arbeitsmarktpolitischen Instrumente (Job-AQTIV-Gesetz) vom 10.12.2001, das am 01.01.2002 in Kraft trat, erfuhr die Arbeitsförderung eine Erweiterung in der frühzeitigen Vermittlung und Beratung sowie eine Stärkung der aktiven Arbeitsförderung. Damit wurde sowohl die Aufgabe als auch die Ausführung der Arbeitsförderung z.T. neu definiert: An Stelle spät einsetzender Reaktionen soll nun eine frühzeitige, aktive Förderung treten. Ziel ist es Arbeitslosigkeit, insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit zu verhindern bzw. zu verringern.

Im folgenden Kapitel werden nach einer kurzen Darstellung des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit präventionsorientierte rechtliche Regelungen im SGB III hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen Relevanz und ihrer Umsetzung analysiert. Abschließend werden gesundheitspräventive Potenziale des SGB III aufgezeigt.

Neben (1) den im *Literaturverzeichnis* angeführten Publikationen und Dokumenten der in der Arbeitsförderung tätigen Einrichtungen wurden insbesondere zur Beurteilung der Umsetzung der von Prof. Seewald und Dr. Leube identifizierten rechtlichen präventionsbezogenen Regelungen im SGB III (2) eine *schriftliche Bewertung* von der Bundesanstalt für Arbeit eingeholt. Die gemeinsam von Dr. Walther Heipertz, Leitender des Arzt der Bundesanstalt für Arbeit, Dr. Albert Berg, Ärztlicher Dienst der Bundesanstalt für Arbeit, Frau Dr. Ina Ueberschär vom Landesarbeitsamt Sachsen-Anhalt-Thüringen und Dr. Alfons Holleederer vom Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung vorgelegte Stellungnahme wurde (3) mit den Autoren, Herr Dr. Heipertz, Herr Dr. Berg und Herr Dr. Holleederer, in einem *persönlichen leitfadengestützten Gespräch* in Nürnberg intensiv diskutiert. Sie haben insbesondere weitere, direkte gesundheitspräventive rechtliche, nicht explizit als solche gekennzeichnete Regelungen herausgestellt. Diese Ergebnisse fließen vor allem in das Kapitel 2.7 ein.

Darüber hinaus wurden *telefonische leitfadengestützte Interviews* geführt mit Herrn Herrmann Genz, Leiter des JobCenters Köln, Sozialamt und Herrn Helmut Knab, Leiter der Abteilung Verwaltung des Arbeitsamts Rottweil, einem Arbeitsamt im ländlichen Raum.

Herrn Dr. Helmut Schröder vom Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas, Bonn) danke ich für weiterführende Hinweise.

2.1 Zielgruppen der Arbeitsförderung

Im Zentrum der Arbeitsförderung steht die lohnabhängige Erwerbstätigkeit. Zielgruppen des SGB III sind vor allem Arbeitslose und Langzeitarbeitslose, d.h. Personen mit über einem Jahr Arbeitslosigkeit, aber auch von Arbeitslosigkeit bedrohte. Darüber hinaus erstreckt sich das SGB III u.a. auf Berufssuchende, Auszubildende sowie auf Berufsanfänger. Eine Zielgruppe, der nach dem Job-AQTIV-Gesetz verstärkte Maßnahmen zukommen soll, sind benachteiligte Jugendliche ohne aktuelle Ausbildungs- oder Erwerbstätigkeit. Darüber hinaus werden ältere Erwerbstätige explizit als zu unterstützende Zielgruppe berücksichtigt.

Mit 3,85 Mio. Arbeitslosen (2001) liegt die Arbeitslosenquote in Bezug auf alle abhängigen Erwerbstätige bei 10,3. bzw. in Bezug auf alle zivilen Erwerbspersonen insgesamt bei 9,4. Dabei bestehen zwischen den einzelnen Bundesländern große Unterschiede (Baden-Württemberg: 4,9, Sachsen-Anhalt/Thüringen: 17,6¹), wobei die Arbeitslosenquote in den neuen Bundesländern mehr als doppelt so hoch ist wie in den alten (Bundesanstalt für Arbeit 2002a).

11,5 % der Arbeitslosen sind (2001) unter 25 Jahre alt. Die Jugendarbeitslosigkeit nahm im Vergleich zum Vorjahr deutlich zu. Die Arbeitslosenquote der unter 20-Jährigen mit 5,8 % unter dem EU-Durchschnitt. Eine ebenfalls hervorzuhebende Gruppe sind mit einem Anteil von 18,5 % der Arbeitslosen 55-Jährigen und älteren.

Ein erheblicher Teil der Arbeitslosen sind Langzeitarbeitslose. Ihr Anteil ist mit 33,4 % aufgrund krankheitsbezogener Ausbuchungen (s. Kap. 2.6) allerdings noch systematisch unterschätzt. Ausländer (12,1 % der Arbeitslosen) weisen mit 17,4 eine besonders hohe Arbeitslosenquote auf (Bundesanstalt für Arbeit 2002a).

Eine repräsentative Befragung von 20.000 Arbeitslosen und Abgängern aus der Arbeitslosigkeit zeigt, dass 61 % der Arbeitslosen in eine Erwerbstätigkeit wechseln, davon 23 % in eine befristete Stelle. Dieser Wechsel gelingt vor allem in den ersten drei Monaten. Über ein Drittel der Personen, die über zwei Jahre arbeitslos sind, bleiben nicht-erwerbstätig (Brixy, Gilberg, Schröder 2002).

2.2 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Bei der Betrachtung von Arbeitslosigkeit und Gesundheit sind zwei Aspekte zu unterscheiden:

- Arbeitslosigkeit führt häufig zur Beeinträchtigung der Gesundheit und
- schlechtere Gesundheit führt häufiger und länger zur Arbeitslosigkeit.

Beide Zusammenhänge werden im folgenden dargestellt und Konsequenzen für die Prävention aufgezeigt. In den anschließenden Kapiteln wird untersucht, inwieweit

¹ Bezugsbasis: alle zivilen Erwerbspersonen 2001

die gesetzlichen Regelungen und vorhandenen Strukturen präventive Ansätze ermöglichen.

2.2.1 Beeinträchtigung der Gesundheit durch Arbeitslosigkeit

Die bisherigen repräsentativen Untersuchungen in Deutschland (Mikrozensus, SOEP, DHPS u.a.) und zahlreiche Forschungsarbeiten zeigen meist sehr starke Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und einem vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustand.

Nach Aussagen zur subjektiven Gesundheit im Mikrozensus 1999 bezeichnen sich 8,4 % der Erwerbstätigen und 14,3 % der Erwerbslosen als krank oder unfallverletzt. Ein Fünftel der erkrankten Erwerbstätigen führt die Ursache oder Verschlimmerung der Krankheit auf die Erwerbstätigkeit zurück (Dittrich 2001, s. auch Kap. 3 und 8).

Eine Zusammenführung von Daten nationaler und regionaler Gesundheitssurveys (n=55.000) zeigt bei Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen vermehrt eine schlechtere Gesundheit, Behinderungen und Einschränkungen in täglichen Aktivitäten. Hinsichtlich ihrer Gesundheit, der finanziellen Lage, sozialer Beziehungen und der allgemeinen Lebenssituation sind sie deutlich weniger zufrieden (Elkeles 1999).

Entsprechend der subjektiven Morbidität weisen Arbeitslose – außer bei kurzzeitigen Erkrankungen – nach Auswertungen von Krankenkassenarten übergreifenden Daten eine erheblich längere AU-Dauer (2000: 21,9 Tage) auf als pflichtversicherte Beschäftigte (13,0 Tage). Auch die durchschnittliche Dauer des Krankengeldbezugs liegt bei Arbeitslosen mit 101,6 Tagen um ein Viertel höher im Vergleich zu versicherungspflichtigen Beschäftigten (75,3 Tage) (Hollederer 2002).

Vertiefende Analysen einzelner Krankenkassen liegen nur sehr wenige vor (GEK, AOK; Grobe, Dörning, Schwartz 1999, Schach et al. 1994). Im Vergleich zu Nicht-Arbeitslosen zeigen sie insbesondere bei Männern eine um durchschnittlich 63 % (1998) deutlich höhere stationäre Krankenhausbehandlung (Frauen: 37 %). Am ausgeprägtesten ist diese bei psychiatrischen Krankheiten einschließlich Abhängigkeits-erkrankungen (1998: 875 vs. 116 Krankenhaustage je 1.000 Versichertenjahre). Die Betrachtung einzelner stationärer Diagnosen verdeutlicht den hohen Stellenwert des Alkoholkonsums.² So entfallen 10,4 % aller Diagnosen auf Alkoholabhängigkeit, die damit mit Abstand an erster Stelle stehen. Die gegenüber Erwerbstätigen erhöhte Morbidität spiegelt sich auch in einer, mit der Dauer der Arbeitslosigkeit deutlich steigenden Mortalität wider. Bereits Personen, die weniger als ein Jahr arbeitslos sind, haben eine relative Erhöhung des Mortalitätsrisiko von 1,5, Personen mit einer Arbeitslosigkeit von zwei und mehr Jahren von 3,2. D.h., bei längerfristiger Ar-

² Arbeitslose weisen auch in anderen Bereichen ein deutlich schlechteres Gesundheitsverhalten auf. Dies zeigt sich z.B. in einer erhöhten Raucherquote (Hollederer 2002).

beitslosigkeit besteht ein über dreifach erhöhtes Risiko in den nächsten drei Jahren zu versterben (Grobe, Dörning, Schwartz 1999).

In einer neueren Meta-Analyse, in der 51 Längsschnittstudien eingingen, legen Paul und Moser (2001) dar, dass Arbeitslosigkeit negative Effekte auf die Psyche verursachen kann. Die Analyse von Längsschnittuntersuchungen mit einem Wechsel von Erwerbsstatus und Arbeitslosigkeit legt offen, dass Menschen nach Arbeitsplatzverlust eine Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit erleiden, was darauf hindeutet, dass zumindest ein Teil der psychischen Probleme Arbeitsloser durch die Arbeitslosigkeit selbst hervorgerufen wird. Umgekehrt verbessert sich meist das seelische Befinden deutlich, wenn Arbeitslose zurück in die Beschäftigung finden.

Der Gesundheitsbericht für Deutschland (1998) fasst die Dimensionen zusammen, auf denen sich psychosozialer Stress wegen Arbeitsplatzverlust und andauernder Arbeitslosigkeit auswirkt:

- Die mit der Arbeitstätigkeit verbundenen Momente von ökonomischer Sicherheit, sozialer Einbindung, Selbstwertgefühl, Zeitstrukturierung sowie externen Anforderungen schwächen sich ab oder gehen verloren (primäre Viktimisierung).
- Erfahrungen von Alltagsproblemen wie finanziellen Sorgen, Zukunftsunsicherheit und sozialer Stigmatisierung führen zu einer Verstärkung von psychosozialen Belastungen (sekundäre Viktimisierung).
- Sozial als unangemessen angesehene Formen der Bewältigung werden den Betroffenen selbst angelastet (tertiäre Viktimisierung):
 - zum einen jenen Menschen, die aufgrund des Mangels an persönlichen und sozialen Ressourcen mit ihrer Situation nur sehr unzureichend fertig werden und gravierende psychosoziale Probleme aufweisen,
 - zum anderen jenen positiven Bewältigern der Arbeitslosigkeit, die „zu gut“ mit der Situation fertig werden, und denen deshalb Selbstverschulden und Mißbrauch des sozialen Sicherungssystems vorgeworfen werden.

Eine starke individuelle und/oder gesamtgesellschaftliche Arbeitsorientierung erhöht die psychische Belastung der Arbeitslosigkeit. Stigmatisierende Bewertungen nehmen mit zunehmenden Erfahrungen und anhaltender Massenarbeitslosigkeit ab (Elkeles 2002).

Die (finanzielle) und psychosoziale Belastung erstreckt sich nicht nur auf die Betroffenen selbst, sondern auch auf deren Partner bzw. Eltern und Kinder.

2.2.1.1 Schlussfolgerungen für eine gesunde Arbeitsmarktpolitik

Die dargestellten Zusammenhänge zeigen, dass sich die Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik (indirekt) auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirkt. Zur Vermeidung arbeitslosigkeitsbedingter erhöhter Gesundheitsstörungen und Morbidität ist eine Verhinderung von Arbeitslosigkeit sowie eine frühzeitige Ein- bzw. Rückgliederung

rung in die Erwerbstätigkeit erforderlich. Die Förderung von Beschäftigung und eine Reduzierung der Arbeitslosigkeit durch aktive Arbeitsmarktpolitik – wie es z.B. auch das SGB III vorsieht – können damit auch im weiteren Sinne zur Krankheitsprävention beitragen.

Zudem gilt es, arbeitsbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen (s. auch SGB V Kap. 3 und SGB VII Kap. 8) möglichst frühzeitig z.B. durch eine dem jeweiligen Gesundheitszustand angemessene Berufswahl vorzubeugen.

2.2.2 Arbeitslosigkeit durch beeinträchtigte Gesundheit

Neuere und ältere Auswertungen des Sozio-Ökonomischen Panels (SOEP) deuten darauf hin, dass nach Einschätzung der subjektiven Gesundheit Personen, die arbeitslos wurden gesundheitlich primär eingeschränkter waren. Entsprechend erlangten Personen mit besserer Gesundheit schneller eine Wiederbeschäftigung (Elkeles 2002, Gallo, Bradley, Kasl 2001, Elkeles, Seifert 1992). Diese subjektiven Daten werden durch Auswertungen der vorliegenden Statistiken der Bundesanstalt für Arbeit bestätigt.

Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen zeigen eine deutlich geringere aktive Suchintensität als Arbeitslose ohne Beeinträchtigungen (Gilberg, Hess, Schröder 2001). Auch wenn die Chancen für eine geförderte Erwerbstätigkeit gleich sind, so besteht bei Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen ein erhöhtes Risiko für Langzeitarbeitslosigkeit (Rudolph 1998). Nach eigenen Einstufungen durch die örtliche Versorgungsverwaltung³ liegen bei ca. einem Viertel aller Arbeitslosen gesundheitliche Beeinträchtigungen und Behinderungen vor. Die häufigste Behinderung betrifft den Stützapparat. An zweiter Stelle folgt mit großem Abstand Lernbehinderung. Den dritten Rang nehmen alkohol- und drogenbedingte Nervenerkrankungen ein. Nur gut die Hälfte der Personen mit Behinderungen haben eine abgeschlossene Berufsausbildung.

Mit steigender Arbeitslosendauer nimmt der Anteil von Personen mit Behinderungen oder gesundheitlichen Einschränkungen erheblich zu. Während gesundheitliche Einschränkungen nur 13,4 % der kurzfristig Arbeitslosen (< 1 Monat) aufweisen, liegen diese zu 25,7 % bei einer Arbeitslosendauer von ein bis unter zwei Jahren vor. Langzeitarbeitslose (2 Jahre und länger) leiden fast zu einem Drittel (31,0 %) an gesundheitlichen Einschränkungen. Entsprechend steigt der Anteil der Schwerbehinderten von 2,7 % (< 1 Monat) über 4,8 % (1 bis < 2 Jahre) auf 5,7 % (2 + Jahre) (Hollederer 2002).

Nach Berechnungen an Arbeitslosenkohorten (1994-1997) haben Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderungen prospektiv ein Risiko für Langzeitarbeitslosigkeit von fast 40 % (Rudolph 1998).

³ Das Ausmaß der Behinderung wird mit dem Grad der Behinderung angegeben. 50 und mehr gelten als schwerbehindert.

Gesundheitliche Einschränkungen stellen neben dem Alter insgesamt das größte Hindernis bei Arbeitsvermittlungen dar (Cramer et al. 2001, Gilberg, Hess, Schröder 2001).

2.2.2.1 Schlussfolgerungen für eine gesunde Arbeitsmarktpolitik

Die Beziehungskette zwischen schlechter Gesundheit, Arbeitslosigkeit und schlechteren Wiedereingliederungschancen kann durch eine aktive Arbeitsmarktpolitik nur bedingt wirksam begegnet werden. Um diese fatale Entwicklung aufzuhalten, bedarf es einer frühzeitigen spezifischen gesundheitspräventiven Interventionen bzw. einer erfolgreichen medizinisch-beruflichen Rehabilitation.

Auch nach Verlust des Arbeitsplatzes ist die Rentenversicherung für eine Rehabilitation zuständig. Da die Erfolge einer beruflichen und medizinischen Rehabilitation mit zunehmender Arbeitsentwöhnungszeit abnehmen, sollten diese möglichst zeitnah zum Arbeitsplatzverlust erfolgen. Bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist im Sinne einer effektiven Wiedereingliederung ein frühzeitiger Kontakt mit dem Arbeitgeber erforderlich. Hier ist zu fragen, inwieweit Rehabilitationsmaßnahmen mit dem Träger der Rentenversicherung (SGB VI) bzw. der Krankenversicherung (SGB V) und Arbeitgebern abgestimmt werden und einen Arbeitsplatzbezug aufweisen.

2.3 Präventionsorientierte gesetzliche Regelungen im SGB III

Im Rahmen des Job-AQTIV-Gesetzes, das die jüngste Novellierung des SGB III darstellt, werden mit seiner verstärkten präventiven und aktivierenden Ausrichtung vermehrt Fragen der gesundheitlichen Prävention berührt, wobei auch schon die Novellen der jüngsten Vergangenheit in diese Richtung gegangen sind. Dabei kann allerdings auch nicht völlig ausgeschlossen werden, dass bei dem hier verstärkten Aspekt des „Forderns“ – in Ergänzung zum „Fördern“ – im Einzelfall auch kontraproduktive gesundheitliche Auswirkungen erzielt werden.

Der nunmehr auch explizit präventive Charakter der jüngsten gesetzlichen Regelungen bezieht sich weiterhin vordringlich auf die Prävention des Verlustes des Arbeitsplatzes. Viele der in der Zusammenstellung von Seewald und Leube (2002) erwähnten Paragraphen sind deshalb auch nur in diesem Sinne präventionsrelevant.

Aus Sicht des Ärztlichen Dienstes der Bundesanstalt für Arbeit, die mit der Umsetzung des SGB III gesetzlich beauftragt ist, kommt diesen rechtlichen Bestimmungen im Sinne einer gesundheitsbezogenen Prävention deshalb auch nur eine indirekte Bedeutung zu.

Zusätzlich zu den genannten auch gesundheitlich-positiven Auswirkungen einer Optimierung der gesetzlichen Grundlage und der entsprechenden Praxis in der Arbeitsverwaltung werden im SGB III bzw. in seiner Novelle (Job-AQTIV-Gesetz) auch

primär-, sekundär- und tertiär-präventive Aspekte im Sinne der Definition des Sachverständigenrates (2001a) berührt, die einen *direkten* gesundheitlichen Bezug haben.

Diese, sogar *in besonderem Maße* in Bezug auf eine direkte „gesundheitliche Prävention relevanten Bestimmungen sind unter dem Begriff „Prävention“ jedoch nicht zu finden, da sie erstens vom Gesetzgeber selbst gar nicht vordringlich in genau dieser Relevanz und Auswirkung gesehen wurden – der tatsächlich wichtige gesundheitlich-präventive Aspekt also auch nur *implizit* vorliegt. Zweitens muss deshalb auch im Vorgriff gesagt werden, dass aufgrund dieser „Verstecktheit“ die Umsetzung dieser präventiven Implikationen auch in großen Teilen nur sehr inkonsequent erfolgt.

Einen Überblick über die gesetzlichen Regelungen im SGB III mit indirekten präventiven Aspekten sowie direktem gesundheitspräventiven Ansatz (schraffiert) gibt die Tabelle 2-1.

Tabelle 2-1: Rechtliche Regelungen zur Arbeitsförderung (SGB III) mit Bezug zur Prävention im engeren (schraffiert) und weiteren Sinn

Allgemeine Vorschriften		
§ 1	Aufgaben der Arbeitsförderung	Ziel: Ausgleich am Arbeitsmarkt durch Vermeidung oder Verkürzung der Arbeitslosigkeitszeiten, Beratung und Förderung der Arbeitssuchenden, Entgegenwirkung unterwertiger Beschäftigung.
§ 2	Besondere Verantwortung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern	Festlegung der Pflichten der Arbeitgeber (u.a. Unterstützung der beruflichen Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer, frühzeitig arbeitsbedingte Änderungen melden) und der Arbeitnehmer (ein zumutbares Beschäftigungsverhältnis nicht vorzeitig zu beenden, eine zumutbare Beschäftigung aufzunehmen, Teilnahme an beruflicher Eingliederungsmaßnahme) zur Verhinderung von Arbeitslosigkeit.
§ 3	Leistungen der Arbeitsförderung	Übersicht über Leistungen für Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Träger von Arbeitsförderungsmaßnahmen. Def. der aktiven Arbeitsförderung: Alle Leistungen mit Ausnahme finanzieller Unterstützung der Betroffenen, z.B. Arbeitslosengeld. <i>Erweiterung ab 1.1.2004</i> : insbes. um Kostenübernahmen bei behinderten Menschen und für außerbetriebliche Einrichtungen.
§ 4	Vorrang der Vermittlung	Die Vermittlung hat Vorrang vor der finanziellen Leistung der Arbeitsförderung und i.d.R. vor einer aktiven Arbeitsförderung.
§ 5	Vorrang der aktiven Arbeitsförderung	Aktive Arbeitsförderung hat Vorrang vor finanziellen Ersatz des Arbeitsentgelts.
§ 6	Vermeidung von Langzeitarbeitslosigkeit	Spätestens mit Eintritt der Arbeitslosigkeit soll zur gezielten beruflichen Vermittlung ein Eignungs- und Fähigkeitsprofil erstellt und eine beiderseits verpflichtende Eingliederungsvereinbarung getroffen werden.
§ 9	Ortsnahe Leistungserbringung	Leistungserbringung durch örtliche Arbeitsämter gemeinsam mit Vertretern der Arbeitgeber, -nehmer, Kommunen, Maßnahmenträger u.a..
§ 10	Freie Förderung	Arbeitsämter können bis 10% der im Eingliederungstitel enthaltenen Mittel für Ermessensleistungen der aktiven Arbeitsförderung einsetzen.
§ 11	Eingliederungsbilanz	Verpflichtung der Arbeitsämter jährlich eine Eingliederungsbilanz über seine Ermessensleistungen zu erstellen, u.a. zur Wirksamkeit bei Arbeitslosen mit eingeschränkten Eingliederungschancen.
Berechtigte		
§ 19	Behinderte Menschen	Unterstützung von behinderten Menschen i.S. § 2 Abs. 1 SGB IX zur Teilhabe am Arbeitsleben.
Beratung und Vermittlung		
§ 30	Berufsberatung	Die Berufsberatung erstreckt sich u.a. auf Berufswahl, Berufswechsel, Entwicklung des Arbeitsmarktes, Ausbildungs- und Arbeitsplatzsuche.

§ 32	Eignungsfeststellung	Ärztliche und psychologische Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Berufseignung und Vermittlungsfähigkeit.
§ 33	Berufsorientierung	Aufgabe des Arbeitsamtes ist die Beratung von Jugendlichen und Erwachsenen bezüglich der Berufswahl und Ausbildung unter Berücksichtigung der Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt. Schüler können durch Berufsorientierungsmaßnahmen gefördert werden.
§ 35	Vermittlungsangebot, Eingliederungsvereinbarung	Aufgabe des Arbeitsamtes ist die passende Vermittlung, sowohl den Anforderungen der Arbeitsstelle als auch den Neigungen und Qualifikationen des Arbeitssuchenden gerecht wird. Als Sondierungshilfe kann eine Eignungsfeststellung durchgeführt werden. Zur Unterstützung und Dokumentation dient eine Eingliederungsvereinbarung zwischen Arbeitsamt und Arbeitssuchenden.
§§ 37, 37a	Verstärkung/Beauftragung Dritter mit der Vermittlung	Möglichkeit einer verstärkten Vermittlung bei erschwerter beruflicher Eingliederung z.B. durch Einbezug Dritter, Arbeitsmarktbörsen.
Leistungen an Arbeitnehmer		
§ 45	Leistungen	Möglichkeit der Übernahme von Bewerbungs- und Reisekosten für Arbeitslose, von Arbeitslosigkeit Bedrohte und Ausbildungssuchende.
§ 48	Maßnahmen der Eignungsfeststellung, Trainingsmaßnahmen	Förderung von Arbeitslosen bzw. von Arbeitslosigkeit Bedrohten durch Eignungsfeststellungen und kurzzeitige Qualifikationsmaßnahmen.
§ 53	Mobilitätshilfen	Förderung notwendiger Mobilitätshilfen (Fahrtkosten, Ausrüstung, Umzugskostenbeihilfe etc.) zur Aufnahme einer Beschäftigung.
§ 57	Überbrückungsgeld	Möglichkeit der Gewährung von Überbrückungsgeld bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit zur Beendigung der Arbeitslosigkeit.
§ 61	Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen	Voraussetzungen zur Möglichkeit der Förderung einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme zur Aufnahme einer Ausbildung oder Erleichterung der beruflichen Eingliederung. (<i>Erweiterung ab 1.1.2004</i>)
§ 77	Grundsatz	Möglichkeit der finanziellen Unterstützung bei Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung.
§ 86	Anerkennung für die Weiterbildungsförderung	Voraussetzungen für die Anerkennung einer Maßnahme zur qualifizierten Weiterbildung.
§ 93	Qualitätsprüfung	Überwachung der Weiterbildungsmaßnahmen durch BA. Verpflichtung zur Überprüfung ihrer Wirksamkeit (Eingliederung der Teilnehmer).
§ 97	Teilhabe am Arbeitsleben	Unterstützung behinderter Menschen zur Teilhabe am Arbeitsleben.
§ 101	Besonderheiten	U.a. Unterstützung von behinderten Menschen durch Mobilitätshilfe zur Sicherung des Arbeitsplatzes.
§ 102	Grundsatz	Gewährung besonderer Leistungen (z.B. Übergangs-, Ausbildungsgeld) bei Notwendigkeit der Teilnahme an einer Maßnahme in besonders auf die Bedürfnisse behinderten Menschen ausgerichteten Einrichtungen.
§ 169	Anspruch	Kriterien zum Anspruch auf Kurzarbeitergeld.
§ 209	Anspruch	Kriterien zum Anspruch auf Winterausfallgeld.
Leistungen an Arbeitgeber		
§§ 217ff	Grundsatz	Finanzieller Zuschuss zur dauerhaften Eingliederung förderungsbedürftiger Arbeitnehmer zum Ausgleich von Minderleistungen.
§§ 229 ff	Grundsatz	Finanzieller Zuschuss zur Einstellung eines arbeitslosen Vertreters für einen, an einer beruflichen Weiterbildung teilnehmenden Mitarbeiter.
§ 235a	Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung schwerbehinderter Menschen	Finanzieller Zuschuss bei notwendiger Aus- oder Weiterbildung schwerbehinderter Menschen.
§ 235b	Erstattung der Praktikumsvergütung (<i>ab 1.1.2004</i>)	Erstattung der Vergütung von Berufspraktika.
§ 235c	Förderung der beruflichen Weiterbildung	Finanzieller Zuschuss zu einer notwendigen beruflichen Weiterbildung von Arbeitnehmern ohne Berufsabschluss.

Leistungen an Träger		
§ 240	Grundsatz	Zuschüsse bei Maßnahmen zur betrieblichen Ausbildung für förderungsbedürftige Auszubildende zur Verbesserung der Eingliederungsaussichten. <i>Erweiterung ab 1.1.2004:</i> Heranführung benachteiligter Jugendlicher durch soziale Betreuungsmaßnahmen an Ausbildung, Qualifizierung und Beschäftigung.
§ 241	Förderungsfähige Maßnahmen	Definition und Abgrenzung der ausbildungsbegleitenden förderungsfähigen Maßnahmen zum Abbau von Sprach- und Bildungsdefiziten, zur Förderung der Fachpraxis und -theorie und zur sozialpädagogischen Begleitung. <i>Erweiterung ab 1.1.2004:</i> Anteilige Förderung niederschwelliger Angebote im Vorfeld von Ausbildung, Qualifizierung und Beschäftigung für benachteiligte Jugendliche.
§ 246a	Beschäftigung begleitende Eingliederungshilfen (ab 1.1.2004)	Zuschüsse bei Hilfen für förderungsbedürftige Arbeitnehmer zur dauerhaften beruflichen Eingliederung.
§ 254	Grundsatz	Förderung der in einem Sozialplan vorgesehenen Maßnahmen zur Eingliederung von Arbeitnehmern in den Arbeitsmarkt.
§ 260	Grundsatz	Förderung von Trägern von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen, z.B. bei öffentlichem Interesse der Arbeiten, Schaffung von Dauerarbeitsplätzen, bei besonderen Vermittlungerschwernissen.
§ 261	Förderungsfähige Maßnahmen	Kriterien zur Förderung von Maßnahmen, Erfordernis der Teilnehmerbeurteilung zu weiteren beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten.
§ 272	Grundsatz	Förderung von Trägern von Strukturanpassungsmaßnahmen.
Berichterstattung und Forschung als Aufgaben der Bundesanstalt		
§ 282	Arbeitsmarkt- und Berufsforschung	Forschung in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Arbeit- und Sozialordnung. Wirkungsforschung als Aufgabe des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung hinsichtlich Effekte und Wirtschaftlichkeit arbeitsbezogener Maßnahmen. Möglichkeit ergänzender Erhebungen ohne Auskunftspflicht der Betroffenen.
Organisation, Datenschutz und Sonderregelungen		
§ 373	Beteiligung an Gesellschaften	Möglichkeit der Mitgliedschaft in Vereinen und Gründung von Gesellschaften.
§ 402	Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten durch die Bundesanstalt	Definition der Aufgaben, zu denen Sozialdaten erhoben, verarbeitet und genutzt werden können.
§ 417	Förderung beschäftigter Arbeitnehmer	Förderung einer Weiterbildungsmaßnahme z.B. für über 50-jährige Arbeitnehmer kleiner und mittlerer Betriebe.
§ 421d	Modellvorhaben zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit den örtlich zuständigen Trägern der Sozialhilfe	Förderung regionaler Modellvorhaben durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zur Verbesserung der Eingliederung in die Erwerbstätigkeit. Verpflichtung zur Auswertung im Hinblick auf eine bundesweite Bewertung.

2.3.1 Direkte gesundheitspräventive Ansatzmöglichkeiten in der Arbeitsförderung

Aufgabe des Arbeitsamtes ist die Beratung von Jugendlichen und Erwachsenen bezüglich der Berufswahl und Ausbildung, aber auch eines Berufswechsels unter Berücksichtigung der Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt (§ 30 SGB III). Bei Bedarf kann zur Feststellung der Berufseignung und Vermittlungsfähigkeit mit Einverständnis des Betroffenen eine ärztliche und psychologische Untersuchung und Begutachtung durch den ärztlichen Dienst der Bundesanstalt für Arbeit durchgeführt werden (§ 32 SGB III).

Nicht gesetzlich verankert ist die Aufklärung über Belastungen in den jeweiligen Berufen und die Abklärung der gesundheitlichen Eignung der sich beruflich Orientierenden.

Nach § 10 SGB III haben die Arbeitsämter die Möglichkeit, bis zu 10 % der im Eingliederungstitel enthaltenen Mittel für Ermessensleistungen der aktiven Arbeitsförderung einzusetzen. In diesem Rahmen können sie vor Ort die Arbeitsförderung durch freie Leistungen ergänzen. Dies schließt – wenn auch nicht explizit genannt – die Förderung der gesundheitsbezogenen Prävention ein.

Spätestens mit Eintritt der Arbeitslosigkeit soll zur gezielten beruflichen Vermittlung ein Eignungs- und Fähigkeitsprofil erstellt werden (Assessment, Profiling). Zudem soll eine zwischen dem Arbeitsamt und den Arbeitssuchenden verpflichtende Eingliederungsvereinbarung mit zu definierenden beiderseitigen Handlungsschritten getroffen werden (§§ 6 und 48 SGB III). Für (Lern-)Behinderte Menschen bzw. Personen mit absehbarer Behinderung (i.S. § 2 Abs. 1 SGB IX), deren Teilhabe am Arbeitsleben erschwert ist, sind besondere Unterstützungshilfen vorgesehen (§§ 19 SGB III, s. auch Kap. 2.3.2).

Zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit den örtlich zuständigen Trägern der Sozialhilfe kann das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung regionale Modellvorhaben fördern mit dem Ziel, die Eingliederung von Arbeitslosen in die Erwerbstätigkeit zu optimieren (§ 421d SGB III). Eine Verpflichtung zur Auswertung im Hinblick auf eine bundesweite Bewertung dient der Sicherung der ergebnisorientierten Qualität und der Eruierung einer möglichen Übertragbarkeit.

2.3.2 Indirekter präventiver Bezug der Arbeitsförderung

Entsprechend dem im Gesundheitsbereich gesetzlich fixierten Prinzip „Rehabilitation vor Pflege“ sowie „Prävention vor Rehabilitation“ gilt im SGB III der Vorrang der (1) Vermittlung vor einer (2) aktiven Arbeitsförderung und diese vor einem (3) dauerhaften Ersatz des Arbeitsentgeltes (§§ 4 und 5 SGB III). Damit soll insbesondere der Langzeitarbeitslosigkeit vorgebeugt werden.

Mit dem JOB-AQTIV-Gesetz wurden zahlreiche Instrumente einer optimierten Arbeitsverwaltung eingeführt, um Arbeitslosigkeit im Vorfeld zu vermeiden bzw. ihre Dauer zu verkürzen. Eine effektive Realisation dieses präventiven Potenzials könnte sowohl dem autochthonen gesundheitsschädigenden Effekt von Arbeitslosigkeit als auch den mit der Arbeitslosigkeit verbundenen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Folgen besser begegnen.

2.4 Strukturen der Arbeitsförderung

Im folgenden werden die Bundesanstalt für Arbeit und wesentliche Strukturen kurz skizziert. Aufgezeigt werden auch Forschungsschwerpunkte.

2.4.1 Bundesanstalt für Arbeit als Träger der Arbeitsförderung

Träger der Arbeitsförderung ist seit 1952 die Bundesanstalt für Arbeit (BA)⁴ in Nürnberg. Als Bundesanstalt ist sie eine rechtsfähige bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts. Die Selbstverwaltung wird drittelparitätisch durch die Arbeitnehmer (Gewerkschaften), Arbeitgeber und öffentliche Körperschaften (Bund, Länder, Gemeinden) ausgeübt. Die Aufsicht über die Bundesanstalt für Arbeit hat das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

Mit ihrer Hauptgeschäftsstelle in Nürnberg, zehn Landesarbeitsämtern und insgesamt 181 Arbeitsämtern, die i.d.R. auf der Kreisebene angesiedelt sind (Arbeitsamtsbezirke), sowie 660 örtlichen Geschäftsstellen, ist die Bundesanstalt für Arbeit auf allen Ebenen vertreten (Bundesanstalt für Arbeit 2002, s. Abb. 2-1). Sowohl auf Bundes-, als auch auf Landes- und kommunaler Ebene können jeweils spezifische Vereinbarungen zur Übernahme befristeter Arbeitsmarktprogramme getroffen werden.

Prinzipiell besteht für die Bundesanstalt für Arbeit die Möglichkeit einer Mitgliedschaft in Vereinen und einer Gründung von Gesellschaften, z.B. im Rahmen der aktiven Arbeitsförderung zur Erhaltung eigener Einrichtungen mit präventiver Zielsetzung (§ 373 SGB V, Seewald, Leube 2002). Während dies im Hinblick auf das Präventionsverständnis des SGB III zutrifft, wurden spezifische gesundheitspräventive Gesellschaften nicht gegründet.

Hauptaufgaben der Bundesanstalt für Arbeit sind u.a. die Berufsberatung, Arbeitsvermittlung, Förderung der Aus- und Weiterbildung, Arbeitslosenunterstützung sowie die Arbeitsmarktbeobachtung, Berichterstattung, Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

Gesundheitsbezogene Aufgaben obliegen vor allem dem Ärztlichen Dienst, der auf allen Ebenen vertreten ist. Sie werden von 300 Arbeitsamtsärzten, 1.000 Vertragsärzten und 500 nichtärztlichen Fachkräften (z.B. Psychologen) wahrgenommen. Zu seinen Aufgaben zählen vor allem Begutachtungen zur Gewährung berufsfördernder Leistungen, die Feststellung der gesundheitlichen Eignung bei der Berufswahl sowie die beratende Unterstützung der Arbeitsberater (Bundesanstalt für Arbeit 2002).

Als beratender Fachdienst wird der Ärztliche Dienst ausschließlich auf Veranlassung einer Fachabteilung des Arbeitsamtes tätig. Dies erfordert eine Sensibilität der Arbeitsberater hinsichtlich gesundheitsbezogener Fragen. Gesundheitlicher Probleme werden jedoch häufig nur aufgrund der Thematisierung seitens des zu Beratenden beachtet. Aktiv wird die Gesundheit oft nur bei offensichtlichen Problemen (z.B. wiederholter Alkoholgenuss) vom Arbeitsamt aus angesprochen. Im Bereich der allgemeinen Vermittlung und Beratung erfolgen Schulungen zur Beratungstätigkeit vor allem im Rahmen der Ausbildung. Regelmäßigere (jährliche) und vertiefte Lehrgänge zur Fortbildung werden besonders für Rehabilitationsberater angeboten.

⁴ Bis 1969: Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung.

Zur Verbesserung der Schnittstelle zwischen den Fachberatern und dem Ärztlichen Dienst wurde ein Zielfragenkatalog als Hilfestellung eingeführt. Seine Berücksichtigung wird allerdings durch äußere Einflüsse wie politisch erhöhter Druck oder Arbeitsbelastung erschwert. Deutlich wird von einigen befragten Experten ein Optimierungsbedarf wahrgenommen, der versucht wird seit Anfang 2002 mit dem sog. Stufenkonzept (s. ausführlich Kap. 2.7.3) und einer terminierten Sprechstunde („verknüpfte Praxis“), in der jeder an den ärztlichen Dienst übermittelte Fall zwischen dem Arbeitsberater und dem Arzt kurz besprochen werden soll, zu decken.

Die Begutachtung durch den Ärztlichen Dienst erfolgt anhand verschiedener standardisierter Erfassungsbögen. Die Abklärung der gesundheitlichen Konstitution durch den Ärztlichen Dienst wird nach Beobachtungen der Bundesanstalt für Arbeit von den Betroffenen meist dankbar angenommen.

2.4.2 Forschung

Aufgabe der Bundesanstalt für Arbeit ist die Erhebung von Daten zur Entwicklung der Beschäftigung und des Arbeitsmarktes sowie die Analyse arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen z.B. hinsichtlich Effektivität und Wirtschaftlichkeit. Gesetzlich fixiert sind folgende Forschungsziele (§ 282 SGB III): (1) Verbesserung der Vermittlungsaussichten und Beschäftigungsfähigkeit durch Teilnahme an einer Maßnahme, (2) Kosten-Nutzen-Relation der Maßnahmen, (3) volkswirtschaftliche Nettoeffekte sowie (4) Auswirkungen einer Teilnahme auf die Erwerbsläufe. Darüber hinaus sollen (5) die Auswirkungen der Arbeitsförderung auf regionaler Ebene betrachtet werden.

Aufgaben der Forschung übernimmt seit 1967 das der Bundesanstalt für Arbeit angeschlossene Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Sie sollen auf Basis mindestens jährlicher Abstimmung mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung erfolgen. Es besteht die Möglichkeit ergänzender Erhebungen ohne Auskunftspflicht der Betroffenen (§§ 282, 282a und 402 SGB III).

Untersuchungen des IAB erstrecken sich u.a. auf den Einfluss von Behinderung in der Arbeitsvermittlung, betriebliche Anforderungen z.B. in Call-Centern und auf Begleitforschungen von Arbeitsmarktprogrammen wie z.B. dem Jugendsofortprogramm. Relativ viele Forschungsarbeiten liegen auf dem Gebiet der (beruflichen) Rehabilitation vor. Die gesundheitsbezogene und präventive Forschung wird von den befragten Experten dagegen als deutlich zu gering beurteilt.

Unterstützenswert ist die beim BMG beantragte Förderung der Evaluation eines Programms zur Früherkennung beruflicher Allergierisiken, das bereits in der Schule ansetzt (KOPRA, s. Kap. 2.5 und 2.7.3).

2.5 Daten zur Arbeitslosigkeit und Datenqualität

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und gesundheitlichen Einschränkungen fand bislang kaum Eingang in die Berichterstattung. Hinzu kommen Unterschätzungen gesundheitlicher Probleme in der Arbeitslosenstatistik und Einschränkungen einer Vergleichbarkeit von Daten durch unterschiedliche Mess- und Bezugsgrößen. Holleder (2002) weist auf die unterschiedliche Definition von Arbeitslosen der Bundesanstalt für Arbeit und des Statistischen Bundesamtes/Mikrozensus hin. Diese unterscheiden sich u.a. (1) hinsichtlich des Umfangs des derzeitigen Beschäftigungsverhältnisses (< 15 Std. vs. 0 Std.), (2) einer bestehenden Arbeitslosenmeldung (erforderlich vs. unabhängig davon) und (3) der Verfügbarkeit (sofort vs. innerhalb eines Zeitraums von zwei Wochen). Die der Bundesanstalt für Arbeit zugrundeliegende Definition der sofortigen Verfügbarkeit entspricht nicht dem international gebräuchlichen Labor Force Konzept von zwei Wochen und erschwert dadurch auch eine internationale Vergleichbarkeit.

In der Arbeitslosenstatistik der Bundesanstalt für Arbeit werden Arbeitslosengeldbezieher über 58 Jahre nach § 428 SGB III ausgebucht, ebenso Bezieher von Renten wegen Erwerbsminderung. Gleiches gilt für krankgeschriebene Arbeitslose für den Zeitraum ihrer Krankschreibung, die in diesem Zeitraum als „nichtarbeitslos Arbeitssuchende“ unter der Rubrik „sonstige Nichterwerbstätigkeit, Unterkategorie Arbeitsunfähigkeit“ verbucht werden (2001: 1,2 Mio. Abgangsfälle bzw. ein Fünftel aller registrierten Abgänge). Bei einer Arbeitsunfähigkeit über drei Monate fällt der Betroffene gänzlich aus der Statistik der Bundesanstalt für Arbeit heraus und wird – nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit – als Neuzugang aufgeführt (2001: 1,1 Mio. Fälle) (Holleder 2002). Dies führt zu einer Unterschätzung der Dauer der Arbeitslosigkeit.⁵

Im Vergleich zu der Bundesanstalt für Arbeit weisen die Daten der Krankenkassen eine mehr als doppelt so hohe Anzahl von AU-Fällen auf. Auch dies deutet auf eine erhebliche Unterschätzung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Arbeitslosen hin (Holleder 2002).

In den kassenartenübergreifenden Statistiken der Krankenkassen werden Arbeitslose nur bei den Monats- und Jahresdurchschnittszahlen der Mitglieder nach Versicherungsverhältnis (KM 1) und bei den Leistungsfällen und -zeiten von Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld (KG 2) aufgeführt. Bei den übrigen Leistungen und in der Krankheitsartenstatistik werden Arbeitslose nur in speziellen Auswertungen einzelner Kassen berücksichtigt (Holleder 2002, Grobe, Dörning, Schwartz 1999).

Zur verbesserten Transparenz ist eine einheitliche Definition sowie ein Abgleich der Daten erforderlich und eine differenziertere Auswertung der vorliegenden Daten anzustreben.

⁵ Hinzu kommen Personen, die die seit 1998 erforderliche Erneuerung der Arbeitslosenmeldung nach drei Monaten nicht rechtzeitig vornehmen (Rudolph 1998).

2.6 Kooperationen

Eine wichtige Kooperations-Schnittstelle im Bereich Arbeitsförderung stellen die Kommunen bzw. Sozialhilfeträger dar. Weniger ausgeprägt und verankert sind dagegen Kooperationen außerhalb von Finanzierungsregelungen im Gesundheitsbereich. Einen Überblick über Einrichtungen und bestehende Kooperationen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene gibt die Abbildung 2-1.

2.6.1 Kommunen/Sozialhilfeträger

Gesetzlich sind die örtlichen Arbeitsämter aufgefordert, bei der Vermittlung mit Vertretern der Arbeitgeber, -nehmer, den Kommunen sowie den Trägern von Maßnahmen zusammenzuarbeiten (§ 9 SGB III).

Die unterschiedliche Verwaltungszuständigkeit von Hilfesystemen im Bereich Arbeit (Arbeitsamt, SGB III) und Lebensunterhalt (Kommune, BSHG) führt einerseits zu doppelten, unabgestimmten verwaltungsaufwendigen Antragsverfahren. Andererseits steht für die Teilnahme an Maßnahmen der aktiven Arbeitsförderung beider Hilfesysteme im Vordergrund, welche Leistung der Betreffende bezieht und weniger seine individuelle Eignung. Hinzu kommt, dass sich bei überlappender Zielsetzung ihre Ausgestaltung hinsichtlich der Definition und Feststellung von Bedürftigkeit und Bedarf sowie den ergriffenen Maßnahmen z.T. erheblich voneinander abweichen. So unterscheiden sich z.B. Einkommens- und Vermögensgrenzen sowie Zumutbarkeitsregelungen für die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001).

Zur Verbesserung der Zusammenarbeit haben 1998 die Bundesanstalt für Arbeit und die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände einen „Leitfaden für Sozialhilfeträger und Arbeitsämter zur beruflichen Eingliederung Arbeitsloser“ beschlossen, der ein erster Schritt für Kooperationsvereinbarungen zwischen den Ämtern war. Seit dem 1. Dezember 2000 sind Kooperationsvereinbarungen zwischen Arbeitsämtern und Sozialhilfeträgern verpflichtend (Gesetz zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Arbeitsämtern und Trägern der Sozialhilfe).

Zugleich hat die Bundesregierung eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe mit Beteiligung der Kommunalen Spitzenverbände und der Bundesanstalt für Arbeit eingerichtet, die u.a. das Fundament für Modellvorhaben zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Arbeitsämtern und Trägern der Sozialhilfe (MoZArT) legte. Das Projekt wird im Rahmen des § 421d (s. auch Kap. 2.7.4) vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung von 2001 bis 2002/2004 bundesweit in 30 Modellregionen mit einem Volumen von 15,3 Mio. EUR jährlich gefördert.

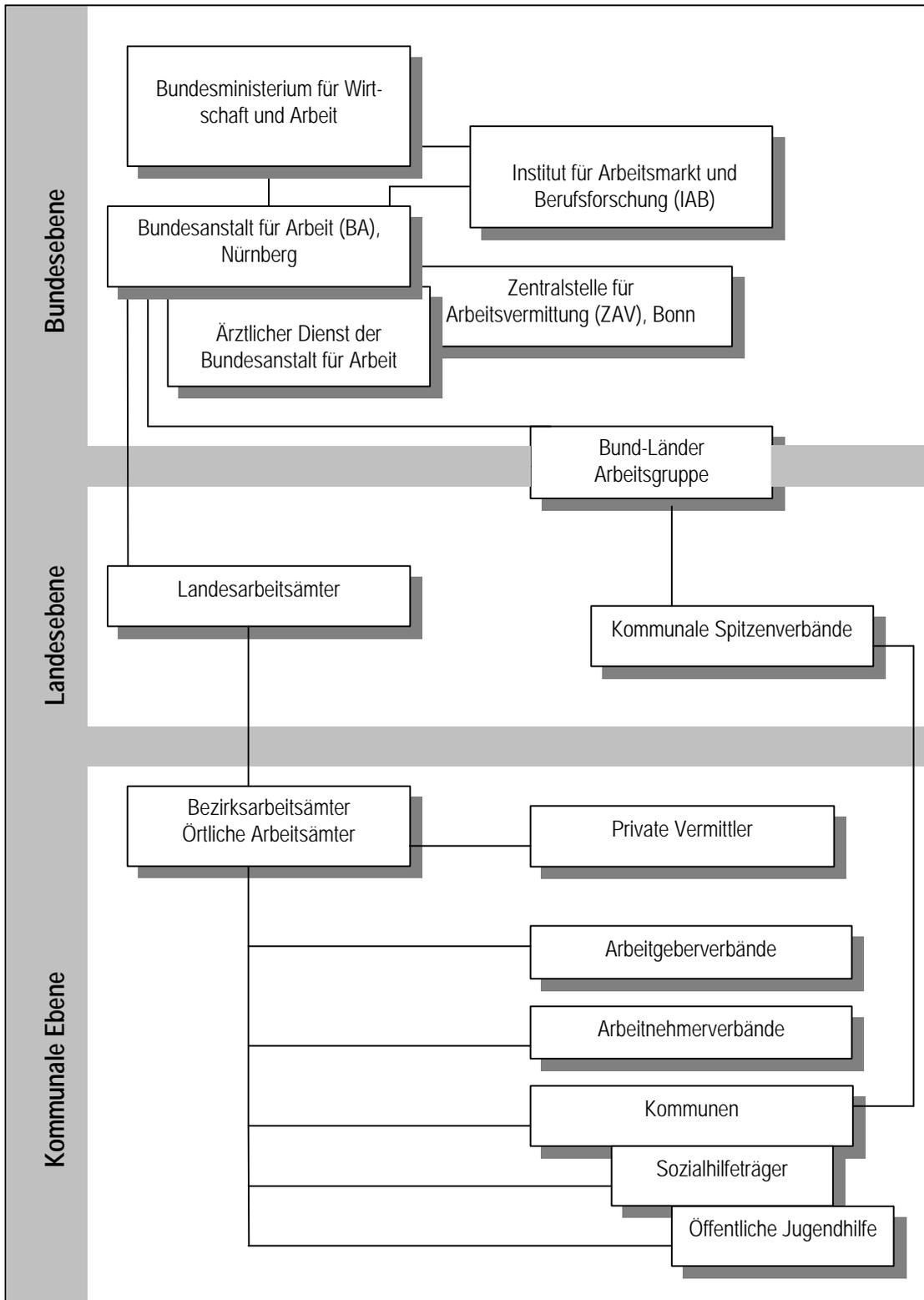


Abb. 2-1: Einrichtungen der Arbeitsförderung und bestehende Kooperationen (vereinfachte Darstellung)

Erprobt werden

- die Errichtung gemeinsamer Anlaufstellen (front office),
- eine Straffung der Verwaltungsabläufe, Verbesserung des Informations- und Datenaustauschs,
- die Durchführung gemeinsamer Qualifizierungs- oder Beschäftigungsmaßnahmen und
- die gemeinsame Bewilligung und/oder Auszahlung von Leistungen durch eine Stelle

mit dem Ziel wirksame Ansätze für übergreifende Reformen zur Optimierung der Hilfesysteme zu erarbeiten. Unterstützend wurden befristet gesetzliche Experimentierklauseln (in Kraft ab 01.12.2000) erarbeitet, die die im SGB III und BSHG möglichen Lösungsansätze erweitern und den Austausch von Daten erleichtern sollen. In der begleitenden Evaluation durch das Institut für Sozialwissenschaft (infas, Bonn) soll neben der Wirksamkeit (Verbesserung der beruflichen Eingliederung, Bürgernähe, Vereinfachung von Verwaltungsverfahren) und Wirtschaftlichkeit (Kosteneinsparungen) auch die Harmonisierung der gesetzlichen Regelungen überprüft werden (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001, Bundesanstalt für Arbeit 2001).

Im Rahmen dieses Modellvorhabens hat die Stadt Köln ein gemeinsames Job-Center eingerichtet.⁶ In die Kooperation sollen vor all der Sozialhilfeträger seine Erfahrungen mit Maßnahmen der Schuldner- und Suchtberatung einbringen, um diesen Barrieren ebenso wie gesundheitliche Einschränkungen aktiv zu verringern. In den einzelnen Stadtbezirken wurden Job-Börsen eingerichtet, die Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekte für das Viertel initiieren (z.B. soziale Dienstleitungen, Wohnumfeldverbesserungen, Herrichten von Sportstätten) und Aktivitäten im Stadtteil vernetzen. Zudem wurden Job-Börsen für spezifische Zielgruppen wie z.B. psychisch Kranke und Drogenabhängige eingerichtet. Fast zweijährige Erfahrungen (1997-1999) zeigen, dass durch aktive Vermittlungsbemühungen knapp ein Viertel aller registrierten Arbeitssuchenden vermittelt werden konnte. Die dadurch erzielten Einsparungen in den Sozialhilfeleistungen führen zu einem return on investment von 1:2 (Schwendy, Genz 2001).

Die Kölner Kooperationserfahrungen zeigen auch Grenzen der Zusammenarbeit auf, z.B. hinsichtlich einer unflexiblen und schwer zu synchronisierenden Finanzmittelzuteilung, im Vergleich zum BSHG zu einengende Zugangsvoraussetzungen im SGB III, unterschiedliche Arbeitstempi und Abstimmungsbedarf der Verwaltungen, durch Ängste und Neid geprägte Vorstellungen, Ressourcen und Kompetenzen abgeben zu müssen hervorgerufene Widerstände und gegenseitige Schuldzuweisungen (Schwendy, Genz 2001).

Der Deutsche Städtetag (Articus 2001) fordert über die Modellvorhaben hinaus eine systematischere und institutionell wie gesetzlich abgesicherte Zusammenarbeit der

⁶ Nach der Hartz-Kommission sollen derartige Job-Center eine Clearingstelle werden.

Arbeits- und Sozialämter vor Ort sowie (insbesondere für die Arbeitsämter) einen breiteren Handlungsspielraum. Um den neuen Aufgaben gerecht zu werden, mahnt er zudem einen dynamisch anzupassenden Geldtransfer zwischen Bund und Kommunen an.

2.6.2 Jugendhilfe

Kontakte zur Jugendhilfe bestehen bei auffälligen Jugendlichen, die Unterstützung der Jugendhilfe benötigen. Kooperationen mit Jugendämtern wurden in den vergangenen Jahren in Modellprojekten erprobt (s. Kap. 2.7.4). Sie erfolgen vor allem im Rahmen des Berufswahlprozesses, wobei versucht wird vulnerable Gruppen (Migranten, Jugendliche mit Suchtproblemen) verstärkt aktiv einzubeziehen. Die Wahrnehmung des Potenzials sowie die Durchführung und Ausweitung dieses Ansatzes ist stark abhängig von politischen Zielsetzungen und grundlegenden Entscheidungen der Aufgaben und der Aufgabenwahrnehmung der Bundesanstalt für Arbeit, den zur Verfügung stehenden Ressourcen und der tatsächlichen Inanspruchnahme.

2.6.3 Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherung

Gesetzliche Verpflichtungen zur Zusammenarbeit mit den übrigen Sozialversicherungsträgern sowie Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung bestehen – außer den Regelungen zur Übernahme bzw. Erstattung von Beiträgen in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung nicht.

Als Träger der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen überprüft die Bundesanstalt für Arbeit bei einer notwendigen medizinischen Rehabilitation zunächst die Zuständigkeit des spezifischen Reha-Trägers. Insofern stellt sie eine Schaltstelle für die Vermittlung bzw. „Einspeisung“ potenzieller Rehabilitanden ins System dar. Das Beratungsangebot wird diesbezüglich aufgrund ihrer Präsenz vor Ort als gut eingeschätzt.

Eine verstärkte Zusammenarbeit ist sowohl mit den Krankenkassen im Rahmen spezifischer präventiver Programme z.B. für kurzfristig Arbeitslose sowie für Langzeitarbeitslose und in der betrieblichen Gesundheitsförderung (s. SGB V: Kap. 3) als auch mit der Unfallversicherung (s. SGB VII: Kap. 8) sinnvoll und wünschenswert.

2.6.4 Niedergelassene Ärzte

Eine Kooperationen der Bundesanstalt für Arbeit erfolgt mit den niedergelassenen Haus- und Fachärzten auf drei Feldern: (1) schnelle Übermittlung von ärztlichen Unterlagen, (2) Durchführung spezifischer Abklärungsdiagnostik (z.B. Labor, Ultraschall) und (3) Einbindung in die Begutachtung. Die Zusammenarbeit wird von den befragten Experten als eng und positiv bewertet.

In Modellansätzen wird versucht die Ärzte seitens des Arbeitsamtes detailliert über die anstehenden Maßnahmen und Schritte ihres Patienten zu informieren, damit sie die Notwendigkeit einer AU-Bescheinigung im Kontext des Lebensumfeldes differenzierter beurteilen zu können. Als sinnvoll wird von den befragten Experten darüber hinaus eine verstärkte Einbindung der niedergelassenen Ärzte sowohl bei dem Berufswahlprozess als auch bei drohender bzw. erfolgter Arbeitslosigkeit der Patienten gesehen, insbesondere z.B. bei Hautproblemen und Suchtproblematik.

2.6.5 Selbsthilfe

Eine regelmäßige (verfasste) Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Selbsthilfe besteht nicht. Im Einzelfall werden Kontakte zu Beratungs- und Betreuungsgruppen z.B. für Empfehlungen für Suchtkranke genutzt. Die Kontakte zu Selbsthilfegruppen sind vor allem dort intensiver, wo das Sozialamt mit eingebunden ist, d.h. insbesondere in der Betreuung von Langzeitarbeitslosen.

2.6.6 Sonstige Kooperationen

Vereinzelt bestehen Kooperationen mit weiteren Professionen und Einrichtungen im Gesundheitswesen. Beispielhaft ist das Projekt „Kooperation zur Prävention von Allergien (KOPRA)“ im Landesarbeitsamtsbezirk Berlin-Brandenburg zur Früherkennung beruflicher Allergierisiken, das in Zusammenarbeit zwischen den regionalen Arbeitsämtern, dem Landesgesundheitsamt, den Schulärzten und den niedergelassenen Ärzten (Dermatologen) durchgeführt wird.

Im Rahmen der z.Zt. modellhaft vorliegenden Job-Center, die zukünftig bundesweit ausgebaut werden sollen, ist eine verstärkte Kooperation z.B. mit Suchtberatungsstellen, Integrationsstellen etc. vorgesehen, die bislang nur ansatzweise erfolgt (s. auch Kap. 2.7.4).

Eine Zusammenarbeit mit Betrieben in der Berufsberatung und Arbeitgeberberatung besteht bereits, sollte aber noch weiter ausgebaut werden.

2.7 Umsetzung präventionsbezogener rechtlicher Regelungen

Die Betrachtung der Umsetzung der gesetzlichen Regelungen fokussiert im Wesentlichen auf die direkten gesundheitspräventiven Regelungen. Hinsichtlich der (indirekten) präventiven Regelungen der aktiven Arbeitsförderung des am 01.01.2002 in Kraft getretenen Job-AQTIV-Gesetzes liegen weder hinreichende Erfahrungen noch statistische Auswertungen vor.

2.7.1 Möglichkeiten der freien Förderung (§ 10 SGB III)

Nach § 10 SGB III haben die Arbeitsämter die Möglichkeit, bis zu 10 % der im Eingliederungstitel enthaltenen Mittel für Ermessensleistungen der aktiven Arbeitsförderung einzusetzen. In diesem Rahmen könnten sie vor Ort die Arbeitsförderung durch freie Leistungen ergänzen. Dies schließt – wenn auch nicht explizit genannt – die Förderung der gesundheitsbezogenen Prävention ein. Im Juni 2002 nahmen 65.760 Personen an diesen Angeboten der freien Förderung teil. Dies entspricht einem Anteil von 6,6 % an ausgewählten Maßnahmen aktiver Arbeitsmarktpolitik (Bundesanstalt für Arbeit 2002b).

Über diese Regelung werden sehr viele kooperative Modelle abgewickelt (Reha-Assessment-Projekte mit lokalen Bildungsträgern, Einsatz innovativer leistungsdiagnostischer Instrumente wie z.B. ERGOS, trägerübergreifende Case-Management-Projekte etc). Spezifisch gesundheitspräventive Maßnahmen stellen allerdings Ausnahmen dar. Nach Einschätzung der befragten Experten ist hierfür das Bewusstsein nicht hinreichend vorhanden.

Nachteilig ist, dass die über diese Rechtsvorschrift ermöglichten Maßnahmen, die auch gesundheitlich-präventiv von Bedeutung sind, eben *nicht explizit* aufgeführt sind. Es handelt sich vielmehr um ein Sammelbecken gerade für die unsystematisch ausgewählte „Doch-Erledigung“ von sich aus der Praxis heraus ergebenden Notwendigkeiten, die selbst nicht als „Regel-Versorgung“ festgelegt sind. Gesundheitliche Prävention ist somit weder ein explizites Ziel des § 10 SGB III noch fast aller im Rahmen dieser Rechtsvorschrift durchgeführten Maßnahmen.

2.7.2 Einbindung behinderter Menschen (§ 19 in Verbindung mit § 97 SGB III)

In § 19 SGB III wird der Personenkreis mit manifesten oder drohenden Behinderungen genannt, für die ggf. Leistungen zur Teilhabe im Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation) anzuwenden sind.

Trotz der bekannten Probleme – z.B. zu lange Antrags-Bearbeitungszeiten und zu späte Erkennung des Rehabilitations-Bedarfs (z. Zt. Gegenstand trägerübergreifender Verhandlungen in der Bundesanstalt für Rehabilitation im Rahmen der Gemeinsamen Empfehlungen zum SGB IX) – geht die Bundesanstalt für Arbeit davon aus, dass der Bedarf nach Sekundär- und Tertiärprävention durch berufliche Maßnahmen auch durch die gegenwärtige Reha-Einleitungs- und Durchführungspraxis der Bundesanstalt für Arbeit erfasst und bedient wird. In 86 % der Fälle erfolgt die Einleitung der beruflichen Rehabilitation durch die Bundesanstalt für Arbeit.

Von einigen befragten Experten wird kritisiert, dass eine berufliche und gesundheitliche Rehabilitation insbesondere bei Langzeitarbeitslosen⁷ oft verweigert wird (S. auch SGB VI: Kap. 7).

Unzureichend ist die Primärprävention geregelt. Dies wird derzeit aufgegriffen mit dem intensiv diskutierten Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung, dem Arbeitsschutz, beispielsweise in der „Initiative neue Qualität der Arbeit“ (s. auch Kap. SGB V: Kap. 3 und SGB VII: Kap. 8).

Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang allerdings die über die §§ 19 SGB III (manifeste *und* drohende Behinderung) und 97 Abs. 2 SGB III (Eignungsfeststellung) durchgeführten Maßnahmen der Arbeitserprobung und Berufsfindung (gem. §§ 25 und 48 Berufsbildungsgesetz). Im Jahre 2001 sind 2.400 Arbeitserprobungen und 1.900 Berufsfindungen im Rahmen der Ersteingliederung durchgeführt worden, bei der es – im Unterschied zu Wiedereingliederung – in hohem Maße auch um primärpräventive Aspekte geht.

Soweit (noch) gesunde, gesund erscheinende oder lediglich anderweitig gesundheitlich beeinträchtigte Menschen mit einer bestimmten Disposition bzw. besonderem Bedarf nach präventiver Versorgung als Versicherte oder Ratsuchende in die Kundenbereiche der Arbeitsämter kommen, ist eine „Früherkennung“ nur eingeschränkt möglich. Voraussetzung dafür, dass die sich hier dennoch bietenden Möglichkeiten genutzt werden, wäre aber ein entsprechender gesetzlicher Auftrag als Teil des Beratungs- und Vermittlungsprozesses (Näheres hierzu nachfolgend zu den §§ 30 mit 32 SGB III).

2.7.3 Berufsberatung (§§ 30 und 32 SGB III)

Eine wesentliche Aufgabe der Arbeitsämter stellt die Berufsberatung dar. In den §§ 30 und 32 SGB III werden Inhalte der Berufsberatung und die Einschaltung ärztlicher und psychologischer Sachverständiger zur Untersuchung und Begutachtung im Rahmen der Beratung und Vermittlung angesprochen.

Insbesondere der § 32 SGB III stellt die rechtliche Grundlage für die Einbindung ärztlicher und psychologischer Kompetenz in die umfassende vermittlerische und beraterische Dienstleistung der Arbeitsverwaltung für den Kunden dar. Hier wurde in der Vergangenheit im Wesentlichen nur das gedankliche Konzept der „Begutachtung“ assoziiert und praktiziert, d.h. es wurden in häufig sehr spät erst identifizierten Fällen mit z.T. unpräzisen Fragestellungen Gutachten in Auftrag gegeben – häufig auch nur wegen „Problemen“, die mit den schlechten Chancen des Betroffenen auf dem für ihn in Frage kommenden Arbeitsmarkt zusammenhängen.

⁷ Bei Langzeitarbeitslosen wird als vorrangige gesundheitsbezogenes Feld das Reagieren auf vorliegende Krankheitsbilder gesehen. Einen wichtigen Stellenwert nimmt dabei die Suchtberatung ein. Als gravierendes Problem wird auch der oft schlechte Zahnstatus gesehen, der eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess deutlich verhindert. Von Bedeutung sind auch familienbegleitende Hilfen sowie Unterstützungen zur Tagesstrukturierung.

Hier sind allerdings inzwischen veränderte Einschaltungsverfahren mit einem sozialmedizinischen „Stufenkonzept“ in der Umsetzung, die prinzipiell die Möglichkeit beinhalten, gerade auch im Interesse einer offensiven und arbeitsplatznahen Beratung mit dem Ziel des Arbeitsplatzes, aber auch im Rahmen der Vermittlung, frühzeitig den Ärztlichen Dienst dann einzubinden, wenn sich manifeste oder drohende gesundheitliche Probleme mit Relevanz für die Verfügbarkeit oder Vermittelbarkeit auf dem Arbeitsmarkt zeigen. Dabei sieht das „Stufenkonzept“ vor, dass bei gesundheitlichen Fragen von Anfang an der Sozialmediziner schon bei der näheren Beschreibung des abklärungsbedürftigen gesundheitlichen Problems im Rahmen einer „Medizinischen Beratung“ mitwirkt und dann – mit unterschiedlichem Aufwand an Beiziehung von Fremdbefunden oder eigener Befunderhebung – eingegrenzte Fragen in engem Kontakt mit den schon mit dem Einzelfall befassten Kollegen und Akteuren beantwortet werden bzw. ggf. auch die wiederholte Einschaltung im Sinne der Verlaufsbeobachtung oder der Beteiligung im Fallmanagement verabredet wird.

Im Sinne einer Vernetzung der unterschiedlichen Sozialversicherungs- und -verwaltungs-Bereiche ist hier ein entscheidendes Potenzial für eine effiziente Implementation gesundheitlicher Präventions-Maßnahmen denkbar.

Hierbei sind zwei Varianten möglich:

- (1) Ein Großteil der hierfür in Frage kommenden Fälle wird allein schon durch optimierte Vermittlungs- und Beratungsstrategien gefunden, denn manifeste oder drohende gesundheitliche Beeinträchtigungen haben zumeist auch Konsequenzen für die Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Soweit die Arbeitsverwaltung hier also effizient agieren will, muss sie auch die frühzeitige sozialmedizinische Beratung, Intervention, möglichst auch eine Vernetzung mit anderen gesundheitlichen Bereichen anstreben (Dieser Notwendigkeit entspricht insbesondere auch der im Job-AQTIV-Gesetz neu gefasste § 6 SGB III durch die Einführung regelhaft durchzuführender individueller Eignungsfeststellungen, s. auch Kap. 2.7.5).
- (2) Noch konsequenter wäre es aber, wenn vom Gesetzgeber nicht nur der jetzt im SGB IX verankerte Grundsatz „Prävention vor Reha“ verfolgt würde, sondern überall im System sozialer Leistungen der gesetzliche Auftrag verankert wird, bei der Prüfung der persönlichen Voraussetzungen für Leistungen jedweder Art zumindest die ohnehin zugänglichen Daten und Informationen zum Gesundheitszustand auch zum Anlass für weitere Schritte zu nehmen (dies könnte beispielsweise heißen, dass in solchen Fällen die Beratung erfolgt, sich vom Ärztlichen oder Sozialmedizinischen Dienst der angegangenen Institution beraten zu lassen – zu denken ist hier an die Einleitung von Schritten zur Suchtprävention, Vermeidung der Chronifizierung psychischer Auffälligkeiten bei problematischen psychosozialen Rahmenbedingungen etc.).

Eine besondere Bedeutung kommt auch der Beteiligung des Sozialmediziners in der Berufsberatung im engeren Sinne zu, wo Jugendliche frühzeitig durch die Unterstüt-

zung der richtigen Berufswahl vor dem Eintritt von Krankheit bewahrt werden, die zum gegebenen Zeitpunkt im Falle der Berufswahl absehbar waren.

Hier zeigen Untersuchungen und die Statistik der Bundesanstalt für Arbeit, dass 25-30 % der gesundheitlich bedingten Abbrüche von Berufsausbildungen oder der weiteren Berufsausübungen schon in jungem Alter und die damit einhergehenden Erkrankungen insbesondere des Hautorgans durch eine andere Berufswahl oder auch den frühen Einsatz der im Einzelfall erforderlichen besonderen Präventionsstrategien zu verhindern wären. So konnte beispielsweise durch eine, in die Ausbildung im Friseurhandwerk integrierte Verhaltens- und Verhältnisprävention die Erkrankungshäufigkeit und der dadurch bedingte Ausbildungsabbruch deutlich reduziert werden (Riehl 2001).

Ein Beispiel für ein ggf. auch über den § 10 SGB III mitfinanzierbares Präventionsmodell ist das Projekt „Kooperation zur Prävention von Allergien (KOPRA)“ im Landesarbeitsamtsbezirk Berlin-Brandenburg, wo ein Programm zur Früherkennung beruflicher Allergierisiken in Kooperation zwischen den regionalen Arbeitsämtern und dem Landesgesundheitsamt umgesetzt wird (s. Kap. 2.5).

In der Umsetzung dieser voranstehend beschriebenen gesundheitlich-präventiven Potenziale im Vollzug der Berufsberatung und der Ausbildungsstellen-Vermittlung ist die Einbindung des Ärztlichen Dienstes in diesem Bereich in den alten Bundesländern traditionell allerdings sehr schlecht (hier dominiert die aus Altersgründen allerdings immer weniger greifende Jugendarbeitsschutz-Untersuchung). Dagegen ist sie in den neuen Bundesländern entsprechend den Traditionen in der früheren DDR deutlich stärker gegeben. So wird der z.B. der Ärztliche Dienst durch die Berufsberatung im Landesarbeitsamtsbezirk Bayern nur bei ca. 3 % aller Einschaltungsfälle, in Sachsen dagegen bei 15 % eingeschaltet.

Dies zeigt, dass in der Praxis den großen gesundheitspräventiven Potenzialen in der Berufsberatung zu wenig Bedeutung beigemessen wird. Dies trifft z.B. für Asthma und Allergien zu. Allein auf allergisch bedingte Hauterkrankungen entfallen ein Viertel aller Meldungen auf Verdacht einer Berufskrankheit und 14 % der deshalb anerkannten Renten. Der Sachverständigenrat (SVR 2002c, Kap. 10.2.2.1) bemängelt deshalb, dass in der Beratung zur beruflichen Orientierung allergenen Belastungen zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Atopiker sollten bereits frühzeitig kompetent hinsichtlich ihrer Berufswahl beraten werden. Der Sachverständigenrat (SVR 2002c, Ziff. 204, S. 351) weist auch vor dem Hintergrund zunehmender allergischer Erkrankungen in jüngeren Altersgruppen auf die Notwendigkeit einer gezielten Fortbildung für Ärzte hin, die Jugendschutzuntersuchungen durchführen.

Die sachgerechtere Einbindung des Ärztlichen Dienstes in das Vermittlungs- und Beratungsgeschehen zum frühzeitigen Einsatz gerade auch sozialmedizinischer Beratungsleistungen, die weit unterhalb des Aufwands eines Gutachtens liegen, wird nunmehr in allen Ämtern sukzessive umgesetzt. Inwieweit hier auch schrittweise durch die gegenseitige konzeptionelle Durchdringung des Vermittlungs- und Beratungsgeschehens einerseits und der sozialmedizinischen-gutachterlichen Praxis ander-

rerseits ein Gespür auf Seiten der Sachbearbeiter entsteht, frühzeitig gesundheitliche Aspekte und auch einen potenziellen Rehabilitationsbedarf zu erkennen, dies im Gespräch mit dem Kunden ansatzweise zu vertiefen und dann ggf. zur weiteren Bearbeitung dem Sozialmediziner zuzuführen, bleibt abzuwarten.

Ein erheblicher Impuls in dieser Richtung könnte sich daraus ergeben, dass dies auch gesetzlich zum Standard einer modernen Sozialverwaltung und Sachbearbeitung wird.

2.7.4 Modellvorhaben zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit den örtlich zuständigen Trägern der Sozialhilfe (§ 421d)

Über § 421d wird die Vernetzung der Arbeitsverwaltung mit der Sozialhilfe in Modellregionen vorangetrieben. Das „Modellprojekt zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Arbeitsämtern und den örtlichen Trägern der Sozialhilfe (MoZArT)“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001) umfasst 30 Regionen mit insgesamt bislang 22.000 Teilnehmern. Geschaffen wurden in diesem Zusammenhang 66 gemeinsame Anlaufstellen der Arbeitsämtern und der Sozialhilfeträger.

Dies entspricht der Grundidee, unterschiedliche Leistungsbereiche miteinander zu verknüpfen, um „Drehtüreffekte“ zu vermeiden. Während hier in hohem Maße auch ein Aspekt der Missbrauchs-Vermeidung dominiert, wird in einem „Modul“ der seit April 2002 eingesetzten Reform-Kommission für den Arbeitsmarkt („Hartz-Kommission“), das dieses Grundmodell unter dem Titel „Job-Center“ aufgreift, an einen „Verbund“ von Leistungen gedacht, die darüber hinausgehen. Dieser Ansatz würde allerdings gesetzliche Veränderungen voraussetzen.

Insbesondere die zwischenzeitlich tatsächlich angedachte Einbindung auch von „therapeutischen Leistungen“ in das Job-Center signalisiert das Potenzial, das in einer Vernetzung der Leistungen, damit aber auch in einer Koordination der Geschäftspolitiken der Leistungsträger für die gesundheitliche Prävention gegeben sein könnte.

Im Modell MoZArT werden z.B. über Casemanagements in intensiver Absprache auch mit behandelnden Ärzten Möglichkeiten gesucht, an den Gesundheitszustand angepasste Trainingsmaßnahmen zu konzipieren und durchzuführen, die den Abbruch der Maßnahme vermeiden und eine Eingliederung in auch gesundheitlich verträgliche Arbeitsverhältnisse fördern. So werden z.B. alle Krankmeldungen dem Ärztlichen Dienst zugeleitet, der bei Auffälligkeiten den Hausarzt anruft und mit ihm die geplanten Schritte seitens des Arbeitsamtes bespricht. Dieses Verfahren wird als positiv bewertet, da der (krankschreibende) Arzt einen Einblick in die Realität der Arbeitsvermittlung erhält.

Über die sich hier bereits abzeichnenden Erfolge gibt es Begleitforschungen durch das Infas-Institut. Die Schwerpunkte liegen allerdings auch hier nicht auf dem gesundheitlich-präventiven Bereich, so dass die Ergiebigkeit der dort erfassten Daten für diese Fragestellung offen bleiben muss.

2.7.5 Vermeidung von Langzeitarbeitslosigkeit (§ 6 SGB III)

Soweit die gesundheitliche Prävention im engeren Sinne gemeint ist, ist hier die Neufassung des § 6 SGB III besonders wichtig. Er sieht bei jedem sich arbeitslos meldenden Versicherten die Durchführung von Maßnahmen zur Feststellung der beruflichen Fähigkeiten und Eignung vor. Hierunter fällt insbesondere das sog. Profiling, das zur Risikoeinschätzung, Strategiewahl der Vermittlung und Kontingentierung von Unterstützung/Leistungen dient. Chancen werden in einer Systematisierung der Vermittlung und (zusammen mit dem Case-Management) in einer individuell ausgerichteten Unterstützung gesehen (Rudolph 2002).

Mit dem Profiling wird das Prinzip der Kundensegmentierung eingeführt, bei dem (potenziell) auch gesundheitliche Aspekte von großer Bedeutung sind.

Inwieweit aber durch dieses Verfahren – nicht nur im Hinblick auf Gesundheit, sondern auch auf Förderung der Chancen der Eingliederung auf den Arbeitsmarkt – Fortschritte erzielt werden können, hängt entscheidend davon ab, wie dieses im Gesetz nicht näher beschriebene Profiling umgesetzt wird. Hierfür gibt es eine umfangreiche Begleitforschung durch das IAB (erste Ergebnisse aus Modellversuchen: Rudolph, Müntnich 2001).

Im ersten Halbjahr 2002 wurde 763.000 Profilings statistisch erfasst, wobei die bisher nur vagen Vorgaben die Unsicherheit mit sich bringt, ob nicht auch herkömmliche individuelle Beratungsanteile, die schon immer zur fachgerechten Beratung und Vermittlung gehörten, miterfasst wurden.

Im Hinblick auf gesundheitliche Fragen im Profiling ist festzustellen, dass (1) die Einbindung des Ärztlichen Dienstes in die Definition der Kategorien und dann auch zur Methode der Zuordnung zu diesen Kategorien intensiviert werden muss. Entscheidend ist (2) auch, dass nach der Durchführung des Profiling das sich anschließende Fall-Management aus miteinander abgestimmten beruflichen, sozialen und gesundheitlichen Maßnahmen besteht, die der „Indikationsgruppe“ entsprechen. Hier gibt es bereits Modelle mit Case-Managements unter Mitwirkung Dritter für Kundengruppen mit Vermittlungshemmnissen, die im Wesentlichen auf einer Suchtgefährdung bzw. psychischen Störung beruhen.

Explizite gesundheitspräventive Fragestellungen enthält das derzeitige Profiling nicht. Modellcharakter hat ein in vom Job-Center Köln entwickeltes Instrument, das explizit gesundheitsbezogene Fragen z.B. zu gesundheitlichen Belastungen, zur körperlichen Verfassung und zu seelischen Beeinträchtigungen einbezieht. Dieses Instrument wurde von einigen anderen Arbeitsämter bereits übernommen. Beispielhaft ist das Job-Center auch hinsichtlich der zweijährigen berufsbegleitenden Zusatzausbildung zum Fallmanager⁸, die fast die Hälfte der 130 Mitarbeiter absolviert haben. Sie beinhaltet auch ein Coaching im Gesundheitsbereich.

⁸ In Köln betreut ein Fallmanager ca. 60 Fälle.

Auch im § 6 SGB III wäre die explizite gesetzliche Nennung dieses potenziell gesundheitlich-präventiven Elementes des Profiling als ein gesetzlicher Auftrag geeignet, die hier gegebenen Möglichkeiten der Frühentdeckung von Gesundheitsgefährdungen systematisch zu nutzen. Damit könnten insbesondere Personen in eine Gesundheitsversorgung eingebunden werden, die mit der bestehenden gesundheitlichen Versorgung derzeit nur schwer erreicht werden. Dies würde allerdings auch die Notwendigkeit zur Einbindung gesundheitsbezogener Kompetenz als einem entscheidenden Instrument zur Umsetzung eines solchen gesetzlichen Auftrags bedingen.

Zur Erhöhung der Effektivität der beruflichen Eingliederung schlägt Schmid (2002) Leistungsanreize für Arbeitsvermittler und Maßnahmeträger vor, z.B. durch die Verpflichtung zu aussagefähigen Eingliederungsbilanzen oder durch Erfolgsprämien. Diese bestehen derzeit nicht. Grundsätzlich bestünde aber die Möglichkeit, diese auch auf die gesundheitliche Prävention zu erweitern.

2.7.6 Maßnahmen zur Eignungsfeststellung, Trainingsmaßnahmen (§ 48 SGB III)

Diese Rechtsvorschrift sieht Trainingsmaßnahmen bzw. Maßnahmen zur Eignungsfeststellung vor, die durch die Novellierung im Job-AQTIV-Gesetz nun nicht mehr nur bei gemeldeten Arbeitslosen, sondern auch bei von Arbeitslosigkeit bedrohten Personen eingesetzt werden können.

Der § 48 ist neben dem § 10 SGB III die Grundlage für die Möglichkeit zur intensiven Nutzung der Angebote Dritter in der Eignungs- und Fähigkeitsabklärung – z.B. durch aufwendigere Komplexleistungen wie Casemanagement oder Reha-Assessment.

Momentan erfolgt allerdings die Beauftragung für die praktische Umsetzung dieser – durch die genannten zwei Regelungen relativ pauschal ermöglichten – Maßnahmen meist ebenso pauschal. Die mangelnde Präzision in der Zielsetzung bedeutet erhebliche Qualitätsverluste, vor allem findet zumeist mangels klarer Vorgaben und Verlaufs- und Ergebniskontrollen keine Praxisevaluation statt. Diese soll allerdings in absehbarer Zeit flächendeckend realisiert werden, was auch für die Identifikation evtl. gesundheitlich-präventiver Effekte entscheidend wäre. Entsprechend ihrem inhaltlichen Zuschnitt haben diese Maßnahmen eine eminente gesundheitlich-präventive Implikation: Je besser unter Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte hier Eignungsabklärungen – z.B. durch validierte Module inklusive arbeitsbezogener Assessment-Methoden – vorgenommen werden, desto wahrscheinlicher wird damit ein Beitrag zur Vermeidung von Erkrankungen aufgrund von Fehlbelastungen und Überforderungen erreicht.

Über das Ausmaß der Veranlassung von Trainings- und Eignungsfeststellungsmaßnahmen liegen Daten der Bundesanstalt für Arbeit vor: Im ersten Halbjahr 2002 wurden 418.000 Trainingsmaßnahmen, darunter 130.000 speziell zur Eignungsfeststellung für die Beschäftigung in bestimmten Betrieben, durchgeführt. Dies stellt ei-

ne deutliche Erhöhung dieser ggf. auch sekundär- und tertiär-präventiv sehr relevanten Untergruppe von Trainingsmaßnahmen dar, was hauptsächlich allerdings auf die neue Geschäftspolitik einer noch stärkeren Arbeitsmarktnähe von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zurückzuführen ist (im gesamten Vorjahr betrug dieser Anteil noch „nur“ 129.600 bei einer Gesamtzahl von 565.100 Trainingsmaßnahmen).

Über die Intensität und die Art und Weise, ob und wie in diesen Maßnahmen tatsächlich gesundheitlich-präventive Aspekte berücksichtigt werden, liegt kein Zahlenmaterial vor. Der Ärztliche Dienst ist hier auch nur am Rande oder bei eigens identifiziertem „Bedarf“ eingebunden. Dies hängt damit zusammen, dass es sich hierbei bedauerlicherweise nicht um einen gesetzlich oder per Dienstanweisung zur Umsetzung und Evaluation vorgeschriebenen Maßnahmenaspekt handelt. Es könnte unter präventiven Gesichtspunkten richtig und effizient sein, auch hier den gesetzlichen Auftrag zur Früherkennung gesundheitlicher Risiken bzw. zur Vermeidung zusätzlicher gesundheitlicher Risiken zu verankern.

2.8 Zusammenfassung und Fazit

Prävention nimmt im SGB III – Arbeitsförderung insbesondere nach der Reform der arbeitsmarktpolitischen Instrumente (JOB-AQTIV-Gesetz, in Kraft ab 2002) und der damit verbundenen frühzeitigen Vermittlung und Beratung sowie verstärkten aktiven Arbeitsförderung einen großen Stellenwert ein. Allerdings bezieht sich der Begriff der Prävention hier ausschließlich auf die Vermeidung von Arbeitslosigkeit, insbesondere auf die Verhinderung von Langzeitarbeitslosigkeit.

Berücksichtigt man die deutlichen Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und einer häufigen Beeinträchtigung der Gesundheit einerseits und einer schlechteren Gesundheit und längeren Arbeitslosigkeit andererseits, ist die zumindest *indirekte* gesundheitspräventive Bedeutung der Verhütung langfristiger Arbeitslosigkeit sowie der Verringerung der Arbeitslosigkeit insgesamt offensichtlich. Insofern kommt der Arbeitsförderung und der Arbeitsmarktpolitik sowie – als einem wichtiger Baustein einer beschäftigungspolitischen Strategie – der Bildungspolitik einen zentralen Stellenwert für die Gesundheit der Bevölkerung zu.

Allerdings bestehen diesbezüglich derzeit weder auf Bundes- noch auf Länder- und kommunaler Ebene tragfähige und flächendeckende Kooperationen zwischen der Bundesanstalt für Arbeit und Einrichtungen des Gesundheitswesens. Eine intensive Zusammenarbeit besteht lediglich zu den niedergelassenen Ärzten im Rahmen der Begutachtungspraxis und zu einigen Sozialversicherungsträgern im Rahmen der Rehabilitation. Hier ist eine stärkere Vernetzung auf Bundesebene dringend erforderlich.

Direkte gesundheitspräventive rechtliche Regelungen finden sich – im Gegensatz zu indirekten gesundheitspräventiven Regelungen – nicht explizit im SGB III. Dennoch werden im Arbeitsförderungsrecht verschiedentlich Aspekte der gesundheitlichen Prävention berührt.

Auch wenn ein expliziter Auftrag zur gesundheitlichen Prävention im SGB III nicht inbegriffen ist, ist festzustellen, dass in der Arbeitsverwaltung in erheblichem Maße Verwaltungsvorgänge umgesetzt werden, die mit Gesundheit zu tun haben bzw. durch Veränderung des Gesundheitszustands ausgelöst werden. Eine systematische Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte erfolgt – gerade aufgrund der nur implizit angesprochenen gesundheitspräventiven Aspekte und gemäß des Auftrages der Bundesanstalt für Arbeit sowie eines fehlenden Bewusstseins und Konzeptes auf der Ebene der Fachberater – jedoch nicht. Die Notwendigkeit der Sensibilisierung der Fachberater und der Verbesserung der Schnittstellen z.B. zum Ärztlichen Dienst wird von den befragten Experten überwiegend gesehen. Erste Ansätze zu ihrer Optimierung werden z.B. in Modellprojekten vereinzelt durchgeführt (z.B. Coaching in Gesundheitsfragen).

2.8.1 Nutzung der präventiven Potenziale in der Arbeitsförderung

Potenziell bestehen auf mehreren Ebenen und für verschiedene Zielgruppen gesundheitspräventive Ansätze in der Arbeitsförderung. Derzeit wird allerdings kein Ansatz systematisch in der Praxis verfolgt. Allenfalls in Modellprojekten werden vereinzelt gesundheitsbezogene Fragen aufgegriffen.

Der Bezug zur Gesundheit wird von den befragten Experten vor allem in den Bereichen berufliche Rehabilitation, Arbeitsberatung und Arbeitsvermittlungsaktivitäten gesehen. Eine Verbreiterung der Aufgaben in den Bereich Gesundheit wird von den Experten ausdrücklich befürwortet, die stärker im gesundheitsbezogenen Bereich verankert wird.

Einen Überblick über gesundheitspräventive Aufgabenbereiche, Handlungsfelder und mögliche Kooperationspartner gibt die folgende Tabelle 2-2.

Eine wichtige, bislang weitgehend ungenutzte gesundheitspräventive Aufgabe kommt der Berufsberatung (§§ 30, 32 SGB III) zu. Über ein Viertel der gesundheitlich bedingten Abbrüche von Berufsausbildungen und -ausübungen könnte durch frühzeitige präventive Interventionen vermieden werden. Exemplarisch sind Asthma und Allergien zu nennen. Bestehende Modellprojekte (Brandenburg) sollten vertieft evaluiert und der Einbezug gesundheitsbezogener Aspekte in die Berufsberatung flächendeckend eingeführt werden.

Die für die Arbeitsämter vor Ort bestehende Möglichkeit, 10 % der im Eingliederungstitel enthaltenen Mittel für Ermessensleistungen auszugeben (§ 10 SGB III), bietet einen potenziellen Ansatz für eine verstärkte Berücksichtigung gesundheitspräventiver Elemente. Voraussetzung ist eine entsprechende Ausrichtung dieses derzeit nicht ausgeschöpften Rahmens ist nicht zuletzt eine entsprechende Sensibilisierung der Mitarbeiter.

Eine notwendige Voraussetzung für eine verstärkte Einbindung gesundheitsbezogener Prävention in der Arbeitsförderung ist ihre Integration in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachberater und der Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes.

Tabelle 2-2: Gesundheitspräventive Handlungsfelder in der Arbeitsförderung

Aufgabenbereich	Wichtige präventive Handlungsfelder	Mögliche Kooperationen
Berufsberatung	Allergien, Asthma, psychische Belastungen, körperliche Belastungen	Schule ÖGD Krankenkassen Unfallversicherungsträger Hausärzte, Dermatologen Jugendhilfe Arbeitgeber
Eignungsfeststellung, Trainingsmaßnahmen	Verankerung gesundheitsbezogener Aspekte in Instrumenten; Konfliktbewältigung, psychosoziale Unterstützung, Früherkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen	ÖGD Schule Krankenkassen Unfallversicherungsträger Arbeitgeber
Jugendarbeitslose	Verankerung gesundheitsbezogener Aspekte im Profiling; Drogen- und Suchtprävention, Konfliktbewältigung, psychosoziale Unterstützung	ÖGD, Jugendhilfe Krankenkassen BZgA
Kurzfristig Arbeitslose	Verankerung gesundheitsbezogener Aspekte im Profiling; Früherkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen, Suchtprävention, Konfliktbewältigung, psychosoziale Unterstützung, Bewegung, Ernährung	ÖGD Krankenkassen Rehaträger Ärzte Selbsthilfe
Langzeitarbeitslosigkeit	Verankerung gesundheitsbezogener Aspekte im Profiling; Drogen- und Suchtprävention, Konfliktbewältigung, psychosoziale Unterstützung, Ernährung, Bewegung, Mundgesundheit, Früherkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen	ÖGD Krankenkassen Rehaträger Hausärzte Selbsthilfe
Freie Förderung	Stärkere Nutzung für gesundheitsbezogene Prävention vor Ort	ÖGD Krankenkassen Selbsthilfe

Ein wichtiger Kooperationspartner könnten in vielen Bereichen neben dem ÖGD die Krankenkassen sein. Da bekannt ist, dass längerfristige Arbeitslosigkeit mit einer schlechteren Gesundheit einhergeht und der Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen mit zunehmender Arbeitsentwöhnungszeit abnimmt, sollten präventive Maßnahmen unmittelbar im Zusammenhang mit (bzw. vor) Eintritt der Arbeitslosigkeit ansetzen.

Darüber hinaus sind Langzeitarbeitslose, die gut ein Drittel aller Arbeitslosen umfassen, eine wichtige und bislang äußerst selten berücksichtigte Zielgruppe für die gesundheitsbezogene Prävention. Langzeitarbeitslose weisen im besonderen Maße eine schlechte Gesundheit auf, z.T. begleitet von Suchtproblemen. Sie stellen eine Ziel-

gruppe dar, die überdurchschnittlich häufig eine gesundheitliche Versorgung nicht in Anspruch nimmt und schwer erreichbar ist. Im Kontext der Arbeitsförderung sollten deshalb Verbindungen zur präventiven und gesundheitlichen Versorgung verstärkt und ausgebaut werden.

Positiv hervorzuheben ist die Zusammenführung von Arbeits- und Sozialämtern im Rahmen von Modellprojekten zur Verbesserung der Zusammenarbeit (§ 421d). Hier gilt es im besonderen Maße (wie derzeit singulär und ansatzweise) gemeinsame gesundheitsbezogene Vernetzungen zu überprüfen und zu intensivieren.

Das insbesondere zur Vermeidung der Langzeitarbeitslosigkeit einzusetzende Instrument des Profiling (§ 6 SGB III), das helfen soll eine genauere Charakterisierung des Profils des Arbeitsuchenden zu erstellen, sollte um gesundheitsbezogene Fragen im Hinblick auf eine Früherkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen ergänzt werden. Die Erfahrungen mit einem bislang einmaligen, in Köln entwickelten Instrument sollten in einer Evaluation ausgewertet werden. Ein flächendeckender Einsatz eines entsprechend ergänzten Profiling ist anzustreben. Gleiches gilt für Maßnahmen der Eignungsfeststellung (§ 48 SGB III).

Eine wichtige Voraussetzung für eine gezielte Prävention ist eine ausreichende Information zu ihrem Bedarf. Allerdings gibt es im Hinblick auf eine gesundheitliche Prävention bzw. auch auf die statistische Auswertung der Verwaltungsvorgänge zum Zweck der Steuerung und Politikinformation hier eine erhebliche „Fehlkonstruktionen“. So vermerkt die Arbeitslosenstatistik, da diese Personen nicht mehr verfügbar sind, genau jene Fälle nicht mehr als arbeitslos, die längerfristig krank sind.

Da den Erhebungen des Statistischen Bundesamtes eine andere Klassifikation zugrunde liegt, können diese Daten sowohl national als auch international nicht miteinander verglichen werden. Auch die Krankenkassendaten zur Arbeitsunfähigkeit weichen erheblich von den Daten der Bundesanstalt für Arbeit ab. Zur Transparenz und Vergleichbarkeit ist eine Vereinheitlichung der zugrundeliegenden Definition anzustreben. Nicht zuletzt sollte zugunsten einer realistischeren Planungsbasis auf eine politisch gewollte „Verschönerung“ der Arbeitslosenzahlen verzichtet werden.

2.8.2 Einbindung der Bundesanstalt für Arbeit in die gesundheitsbezogene Prävention

Eine entscheidende Umorientierung der Abläufe und damit auch eine Nutzbarmachung relevanter Informationen aus dem Arbeitsverwaltungs-Geschehen für die Umsetzung einer konsequenten, bevölkerungsbezogenen gesundheitlichen Prävention wäre es, die Bundesanstalt für Arbeit hineinzunehmen in die Pflicht zur Gesundheitsberichterstattung. Dies würde unmittelbar zur Folge haben, dass die gesamten Ablaufprozesse und auch die Verfahren zur Erfassung von Quantität, Qualität und Outcome von Maßnahmen und Verfahren neu gesichtet und in der Folge auch gestaltet werden müssten. Die Nutzung der Informationen der Arbeitsverwaltung für die gesundheitliche Prävention einerseits und die In-die-Pflichtnahme der Arbeitsver-

waltungspraxis in den Gesamtauftrag zur Optimierung der gesundheitlichen Prävention und damit auch der Bevölkerungsgesundheit insgesamt stellen ein Politikfeld dar, dessen Notwendigkeit erst noch erkannt werden muss. Erst hierüber wird es auch gelingen, diese Notwendigkeit in das Verwaltungshandeln selbst hineinzutransportieren.

Aus Sicht des Ärztlichen Dienstes als dem Fachdienst, der die gesundheitlichen Implikationen im gesamten Verwaltungsgeschehen deutlich wahrnimmt, gleichzeitig nur begrenzte Möglichkeiten hat, auch auf Basis einer noch nicht optimalen gesetzlichen Grundlage entsprechende Initiativen einzuleiten und umzusetzen, erscheint insbesondere auch die Gründung einer Stiftung bzw. eines Fonds für Prävention wünschenswert, um Modellvorhaben, wie sie z.T. schon initiiert sind, an Zahl und Umfang zu intensivieren.

Der damit verbundene Aufbau von gebietsübergreifenden Strukturen wäre sehr zu begrüßen, da dadurch ein nationaler und trägerübergreifender Dialog gefördert werden könnte. Insbesondere bei Maßnahmen für Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen und mit Behinderungen wäre eine Vernetzung der Leistungsanbieter und eine zentrale interdisziplinäre Diskussionsplattform notwendig.

Ein erster und wichtiger Schritt stellt eine Einbindung der Bundesanstalt für Arbeit in das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung dar. Damit würde nicht nur ein Informationsaustausch zwischen potenziellen Kooperationspartnern gefördert werden, sondern auch politisch ein Akzent zur ressortübergreifenden Zusammenarbeit gesetzt werden.

2.8.3 Gesetzliche Einzeländerungen und übergreifendes Präventionsgesetz

Abschließend werden erforderliche gesetzliche Einzeländerungen zur Optimierung der gesundheitsbezogenen Prävention aufgezeigt und Bewertungen der befragten Experten zu einem übergreifenden Präventionsgesetz dargestellt.

2.8.3.1 Gesetzliche Einzeländerungen

Die Notwendigkeit gesetzlicher Änderungen zur Stärkung der gesundheitsbezogenen Möglichkeiten der Arbeitsförderung wird von den befragten Experten unterschiedlich beurteilt. Während einerseits eine gesetzliche Fixierung (sowie eine entsprechende Verbreiterung der Modellpalette um gesundheitsbezogene Belange) als nicht sinnvoll erachtet wird, wird andererseits die Notwendigkeit und Chance einer Erweiterung der Arbeitsförderung gesehen, die über die derzeitige implizite Verankerung der gesundheitsbezogenen Prävention kaum erreicht werden kann.

Eine Förderung der gesundheitsbezogenen Prävention kann gesetzlich z.B. durch folgende Änderungen im SGB III forciert werden:

- Aufklärung über Belastungen in den jeweiligen Berufen in der Berufsberatung und Abklärung der gesundheitlichen Eignung der sich beruflich Orientierenden,
- Früherkennung von Krankheiten und Behinderungen und Möglichkeit der Nutzung gesundheitsbezogener Daten zur Einleitung weiterer Schritte,
- Einbezug gesundheitspräventiver Aspekte in Trainingsmaßnahmen und Qualifizierungsangebote,
- Rechtliche Verankerung von Kooperationen, z.B. mit dem ÖGD, der Jugendhilfe und den Krankenkassen.

Als notwendig wird von einigen Experten die gesetzliche Verankerung von Ressourcen gesehen, ohne die es beim appellativen Charakter bleiben würde.

2.8.3.2 *Übergreifendes Präventionsgesetz*

Ebenso unterschiedlich wie gesetzliche gesundheitsbezogene Regelungen innerhalb des Arbeitsförderungsgesetzes wird ein übergreifendes Präventionsgesetz von den befragten Experten beurteilt.

Während Interviewpartner, die gesundheitsbezogene Prävention nicht als relevante Aufgabe der Arbeitsförderung ansehen, sich gegen ein übergreifendes Präventionsgesetz aussprechen, beurteilen die befragten Experten, die einer Stärkung einer gesundheitsbezogenen Prävention positiv gegenüber stehen, eine stärkere Einbindung der Arbeitsförderung durch einen übergreifenden Rahmen. Hierin wird die Chance gesehen die Bedeutung gesundheitsbezogener Aufgaben und Möglichkeiten insgesamt in der Arbeitsförderung zu erhöhen. Allerdings sind hierzu erhebliche strukturelle Veränderungen und Weiterqualifizierungen erforderlich.

3 Gesetzliche Krankenversicherung – SGB V Primärprävention

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), 1883 als Krankenversicherung der Arbeiter gegründet und 1911 mit der Unfall- und Rentenversicherung in die Reichsversicherungsordnung zusammengefasst, wurde zum 01.01.1989 als fünftes Buch in das Sozialgesetzbuch eingegliedert (Beske, Hallauer 1999). Sie erfuhr auch seitdem zahlreiche Ergänzungen und Modifikationen, die sich u.a. auf (1) Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, (2) Impfungen, Vorsorge und Früherkennung, (3) Mundprophylaxe, (4) Selbsthilfe und Patientenberatung sowie auf (5) präventive Maßnahmen bei chronisch Kranken (Patientenschulungen, Rehabilitation) beziehen. Während die Präventionsmaßnahmen 2 bis 5 in den nachfolgenden Kapiteln 4, 5, 6 und 10 detailliert behandelt werden, widmet sich das vorliegende Kapitel vor allem der (Primär-)Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V.

Als erstes von insgesamt sechs Kapiteln, die sich ausschließlich oder teilweise mit präventiven Aufgaben und Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) befassen, wird zunächst ein kurzer historischer Abriss gegeben, sämtliche präventiven gesetzlichen Regelungen der GKV tabellarisch aufgezeigt sowie Strukturen und Kooperationen beschrieben. Hieran schließt sich die Darstellung der Entwicklung und Umsetzung der (Primär-)Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung an. Das Kapitel endet mit einem Blick auf mögliche Änderungen gesetzlicher Einzelregelungen und auf die Relevanz eines übergreifenden Präventionsgesetzes.

Das Kapitel beruht auf zwei Säulen: (1) einer *Analyse der Literatur* sowie (2) leitfadengestützten Interviews mit Herrn Alfons Chavet, Leiter der Abteilung Leistung/Versicherungen des IKK-Bundesverbandes, Bergisch-Gladbach und Herrn Dr. Michael Drupp, Leiter des Instituts für Gesundheitsconsulting der AOK Niedersachsen, Hannover.

3.1 Prävention als Aufgabe der Krankenkassen

Mit der Einführung der Krankenkassen Ende des 19. Jahrhunderts waren zunächst keine präventiven Aufgaben verbunden. Die Erweiterung der Reichsversicherungsordnung 1914 ermöglichte den Kassen Ausgaben zur Krankheitsverhütung, vor allem die Verbreitung gesundheitlicher Informationen mittels Ausstellungen und Flugblättern. Erst in der Weimarer Republik 1925 wurden die Krankenversicherungen aufgefordert, im Zusammenwirken mit Einrichtungen der Wohlfahrtspflege Maßnahmen zur Verhütung vorzeitiger Berufsunfähigkeit oder Invalidität zu ergreifen und die Gesundheit der Versicherten zu verbessern. In der Umsetzung standen damals gesundheitspolitisch bedeutsame Themen wie Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und Säuglingsfürsorge im Vordergrund. Nach der Weltwirtschaftskrise wurden die präventiven Maßnahmen nicht nur drastisch eingeschränkt, sondern änderten zugleich ihren Charakter von einer sozialen hin zu einer mehr medizinisch geprägten

Prävention. Selbstbeteiligung und Leistungsbeschränkungen sind Verfahren, die bereits damals diskutiert und eingeführt wurden, ebenso wie die Zuweisung der (Mit-) Verantwortung der Gesundheit/Krankheit auf den Einzelnen (Gesundheitspflicht und Eigenverantwortung). Auch die Rechtfertigung für Prävention als Mittel zur Kostensenkung ist keineswegs ein Kind unserer Zeit (Schleiermacher 2002, Moser 2002).

1936 entstand mit den „Richtlinien für die Durchführung der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge als Gemeinschaftsaufgabe der Krankenversicherung“ ein Katalog von Maßnahmen zur Krankheitsverhütung, der sich als Satzungsleistung in der Umsetzung zwischen den Kassen unterschied. Im Nationalsozialismus wurden allerdings die zuvor bestehenden Reformansätze pervertiert, indem Gesundheitsfürsorge einem rassenhygienisch-eugenischen Kalkül unterworfen bis dahin, dass die sog. gesundheitlich „Minderwertigen“ von jeglicher Versorgung ausgeschlossen wurden (Schwoch 2002).

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden als erste präventive Leistungen vor über drei Jahrzehnten mit der Schwangerenvorsorge sowie der Krebsfrüherkennung und den Kinderuntersuchungen Maßnahmen vor allem der Krankheitsfrüherkennung gesetzlich verankert (s. Kap. 4). Darüber hinaus beteiligten sich einige Krankenkassen, führend die AOK Mettmann, seit Mitte der 70er Jahre an der primären, gemeindebezogenen Prävention insbesondere der Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Eberle 2002). Sieht man von der zunehmenden Durchführung von Impfungen durch niedergelassene Ärzte im Rahmen der Krankenversicherung ab, wurden Leistungen zur primären Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung erst Ende der 80er Jahre – zwei Jahre nach Verabschiedung der Ottawa-Charta und nach freiwilligen mehrjährigen primärpräventiven Aktivitäten im Bereich der Krankenkassen – gesetzlich verankert (zur Geschichte der Prävention in der Krankenversicherung im 20. Jahrhundert s. umfassend Stöckel, Walter 2002).

3.2 Präventionsorientierte Regelungen im SGB V

Die grundsätzliche Zuständigkeit der Krankenversicherung für die Prävention ist im § 1 SGB V zur „Solidarität und Eigenverantwortung“ verankert: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“ Als Maßnahmen werden hierbei nicht nur Aufklärung und Beratung, sondern explizit auch Leistungen genannt. Dabei liegt es im Ermessen der Krankenversicherung, ob sie die Aufgabe – soweit keine ausdrücklichen gesetzlichen Regelungen die Einbeziehung von definierten Leistungserbringern vorschreibt – selber wahrnehmen oder sich Dritter bedienen möchte.¹ (zur Umsetzung s. auch Kap. 6).

¹ Eine so nachdrückliche Zuweisung der Durchführung der präventiven Aufgaben wie bei der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgte für die gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht (Seewald, Plute 1998).

Die derzeit aktuellen präventiven Leistungen, auf die Versicherte einen Anspruch haben, sind Maßnahmen der primären Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V), Zahnprophylaxe (§§ 21, 22), medizinische Vorsorge, Impfungen, Schwangerenvorsorge und Kinderuntersuchungen sowie Früherkennung von Krankheiten (§§ 23, 25, 26 SGB V, §§ 195, 196 RVO) sowie Maßnahmen zur Empfängnisverhütung und zum Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, b SGB V). Dieser Leistungskatalog wurde in den vergangenen Jahrzehnten mehrfach verändert und erweitert.

Darüber hinaus bestehen weitere gesetzliche Regelungen, die eine Finanzierung präventiver Maßnahmen ermöglichen (z.B. Patientenschulungen, § 43 Nr. 2 SGB V sowie die Förderung der Patientenberatung § 65b SGB V) oder einen eher übergreifenden Bezug zur Prävention aufweisen (z.B. § 1 SGB V, Seewald, Leube 2002, Mühlenbruch 2001). Sie sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst, wobei direkte rechtliche Regelungen durch Schraffur hervorgehoben sind.

Tabelle 3-1: Gesetzliche Verankerung von Prävention, Gesundheitsförderung, medizinischer Vorsorge und Rehabilitation im SGB V, Regelungen mit einem direkten Bezug zur Prävention sind schraffiert

Übergreifende Bestimmungen		
§ 1	Solidarität und Eigenverantwortung	Dreifache Aufgabe der Krankenkassen: Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung der Gesundheit, Mitverantwortung des Versicherten u.a. zur Prävention, Pflicht der Krankenkassen zur Unterstützung durch Aufklärung, Beratung, Leistungen.
§ 11	Leistungsarten	Aufzählung der Leistungen, auf die Versicherte einen Anspruch haben
§ 12	Wirtschaftlichkeitsgebot	Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein (einschließlich präventiver Leistungen).
§ 27	Krankenbehandlung	Auflistung der anspruchsberechtigten Leistungen.
§ 63	Grundsätze	Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung insbes. mit nachzuweisenden Einsparungen, ~ zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten nach Zustimmung der Bundesausschüsse, max. acht Jahre.
§ 64	Vereinbarungen mit Leistungserbringern	Mögliche Vertragspartner von Modellprojekten: Leistungserbringer, einzelne Vertragsärzte, Gruppen, KV, Spitzenverbände – KBV.
§ 65	Auswertung von Modellvorhaben	Wissenschaftliche Begleitung und Veröffentlichung der Ergebnisse erforderlich.
§ 66	Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern	Möglichkeit der Unterstützung bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern
§ 70	Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit	Gewährleistung einer bedarfsgerechten und den medizinischen Erkenntnissen entsprechenden Versorgung, ausreichend, aber das Notwendige nicht überschreitend, Wirtschaftlichkeit und Qualität.
§ 135, 135a	Verpflichtung zur Qualitätssicherung	Leistungen müssen dem Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
§ 137d	Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation	Gemeinsame Vereinbarung und Sicherstellung von Maßnahmen der Qualitätssicherung mit den Einrichtungen bzw. Bundesverbänden.
§ 137e	Koordinierungsausschuss	Auf Basis evidenzbasierter Leitlinien Entwicklung von Kriterien für wirtschaftliche Leistungserbringung zur Diagnostik und Therapie für bevölkerungsrelevante Krankheiten [u.U. mit sekundär- oder tertiärpräventiver Zielsetzung] Arbeitsgemeinschaft der Spitzenorganisationen.

Leistungen zur Prävention, Gesundheitsförderung, medizinischen Vorsorge		
§ 20	Prävention und Selbsthilfe	(1) Krankenkassen sollen Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und helfen sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern. Verpflichtung zur gemeinsamen Festlegung von Handlungsfeldern und Kriterien für Leistungen und Einbezug externen Sachverständigen. (2) Ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung möglich, Pflicht zur Zusammenarbeit mit der gesetzlichen Unfallversicherung zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Informationspflicht zu Erkrankungen und Arbeitsbedingungen. (3) Ausgabenfestlegung auf 2,56 EUR/Versicherten (2000) für (1) und (2). (4) Institutionelle Förderung von Selbsthilfegruppen im Bereich Prävention/Rehabilitation, Unterstützung mit 0,51 EUR/Versicherten (2000). Verpflichtung zur gemeinsamen Festlegung der zu fördernden Krankheitsbilder unter Einbezug der KBV und anderer Spitzenverbände
§ 21	Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)	Förderung und Kostenbeteiligung präventiver, flächendeckender Zahngesundheitspflege bis 12. LJ, bes. Gruppenprophylaxe, bis 16. LJ für besonders gefährdete Jugendliche, Verpflichtung zur Entwicklung von Programmen. Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit Zahnärzten und Einrichtungen der Zahngesundheitspflege der Länder, bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen
§ 22	Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)	Für 7.-18. LJ jährliche zahnärztliche Untersuchung und individualprophylaktische Leistungen, Art, Umfang und Nachweis der Leistungen geregelt durch Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen
§ 23	Medizinische Vorsorgeleistungen	Ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln zur Beseitigung einer Schwächung der Gesundheit, zur Krankheitsverhütung und -Verschlimmerung sowie zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, ambulante und stationäre Vorsorgemaßnahmen, Satzungsleistung: Schutzimpfungen.
§ 24	Medizinische Vorsorge für Mütter	Vorsorge in Einrichtungen z.B. des Müttergenesungswerkes, Mutter-Kind-Maßnahme möglich.
§ 24a	Empfängnisverhütung	Beratung, Verordnung von Kontrazeptiva, bis 20. LJ Anspruch auf Versorgung mit Kontrazeptiva.
§ 24b	Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation	Ärztliche Beratung, Behandlung und Versorgung zum Schutze der Gesundheit des Ungeborenen, ~ weiterer Kinder, ~ der Mutter.
§ 25	Gesundheitsuntersuchungen	(1) Ab 35 Jahre alle zwei Jahre ärztliche Untersuchung zur Früherkennung insbesondere von Herz-Kreislauf-Krankheiten, Nierenerkrankungen, Diabetes. (2) Frauen ab 20., Männer ab 45. LJ Krebsfrüherkennung Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bestimmt Art und Umfang der Untersuchungen
§ 26	Kinderuntersuchung	Bis 10. LJ Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, Zahn-, Mund-Kieferkrankheiten, Ernährungs- und Mundhygieneberatung
§ 65b	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung	Gemeinsame Förderung der Kassen von Einrichtungen (Modellvorhaben) mit 10 Mio/Kalenderjahr zur gesundheitlichen Information, Beratung und Aufklärung der Versicherten, gemeinsame Vereinbarung zur Vergabe der Fördermittel durch Spitzenverbände der Krankenkassen.
Leistungen zur Rehabilitation/Tertiär-Prävention		
§ 40	Medizinische Rehabilitation	Ambulante, stationäre Reha, Dauer, Zuzahlung, Spitzenverbände legen gemeinsam mit MDS Indikationen für Zuzahlung fest
§ 41	Medizinische Rehabilitation für Mütter	Reha z.B. in Einrichtung des Müttergenesungswerkes, Mutter-Kind-Maßnahme
§ 42	Belastungserprobung und Arbeitstherapie	Anspruch wenn andere Sozialversicherungsträger nicht in Frage kommen

§ 43	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	(1) Rehabilitationssport, (2) Notwendige rehabilitative Leistungen, (3) Wirksame und effiziente Patientenschulungsprogramme für chronisch Kranke, Einbeziehung von Angehörigen und Betreuungspersonen.
Gesetzliche Regelungen zu Struktur und Inhalten von Prävention und Rehabilitation		
§ 73	Kassenärztliche Versorgung	Gliederung der hausärztlichen Versorgung, u.a. diagnostische Maßnahmen (u.a. Früherkennung), Einleitung und Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen, Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste, Grundlage der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich Früherkennung und Schwangerschaftsvorsorge.
§ 92	Richtlinien der Bundesausschüsse	Richtlinien u.a. präventionsorientierte zahnärztliche individualprophylaktische Behandlung, Maßnahmen zur ärztlichen Früherkennung, ihrer Dokumentation und Auswertung, Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsvorsorge, Verordnung von medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation
§ 111	Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	Vorsorge und Rehabilitation nur in Einrichtungen mit entsprechenden Verträgen, Regelung der Versorgungsverträge
§ 111a	Rahmenempfehlungen über Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	Gemeinsame Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für ambulante und stationäre medizinische Vorsorge- sowie Rehabilitationsleistungen zu Zielen, Inhalten, Indikationen, Qualitätssicherung etc.
§ 140	Eigeneinrichtungen	Einrichtung eigener Einrichtungen, soweit die Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation sonst nicht sichergestellt wird und der Sicherstellungsauftrag erfüllt werden soll.
§ 219	Arbeitsgemeinschaften	Zur Förderung der Gesundheit, Prävention, Versorgung chronisch Kranker und Rehabilitation können die Krankenkassen und ihre Verbände Arbeitsgemeinschaften mit Kassenärztlichen Vereinigungen, anderen Leistungserbringern sowie mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst bilden
§ 301	Krankenhäuser	Verpflichtung der Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu Angaben über durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen und Vorschlägen zur weiteren Behandlung.

3.3 Strukturen

Im folgenden werden Strukturen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aufgezeigt. Die Ausgaben für den § 20 SGB V sind im Kapitel 3.5.1 ausgeführt.

3.3.1 Krankenkassen – Träger der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist der größte Leistungsträger im Gesundheitswesen: 56,9 % der insgesamt 218,4 Mrd. EUR umfassenden gesamten Gesundheitsausgaben wurden im Jahr 2000 von den Krankenkassen getragen (PKV: 8,2 %) (Statistisches Bundesamt 2002).

Die Ausgaben für Verwaltungsleistungen liegen mit 5,6 % (2000)² in der GKV im Vergleich zu den privaten Krankenversicherungen mit 17,1 % relativ niedrig (Statistisches Bundesamt 2002).

² Nach Daten von 1999 (Durchschnitt: 5,5 %) differieren die Verwaltungskosten zwischen 4,0 %

Die Zahl der Krankenkassen, den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung, ist infolge erheblicher Zusammenführungen in den vergangenen Jahren von 1.223 im Jahr 1992 (01.01.1992) auf 355 im Jahr 2002 (01.01.2002) geschrumpft. Sie sind acht Kassenarten zuzurechnen, mit unterschiedlicher interner Struktur und Mitgliederzahl (s. Tabelle 3-2). Von den gut 51 Mio. Mitgliedern (2002) sind fast 13 % freiwillig versichert und 30 % Rentner (Bundesministerium für Gesundheit 2002a).

Tabelle 3-2: Kassenarten und Mitglieder (Bundesministerium für Gesundheit 2002a, Stand 1.1.2002)

Kassenart	Anzahl der Kassen	Anteil der Mitglieder einschließlich Rentner
Ortskrankenkassen	17	36,4 %
Betriebskrankenkassen	287	18,5 %
Innungskrankenkassen	24	5,8 %
Landwirtschaftliche Krankenkassen	13	1,5 %
See-Krankenkasse	1	0,1 %
Bundesknappschaft	1	1,9 %
Ersatzkassen für Arbeiter	5	2,0 %
Ersatzkassen für Angestellte	7	33,7 %

3.4 Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V)

Ein zentraler Stellenwert für die primäre Prävention sowie für die betriebliche Gesundheitsförderung kommt dem § 20 SGB V zu.

Bereits in den 80er Jahren – vor einer Öffnung des Sozialgesetzbuchs (SGB) für primärpräventive Programme und Gesundheitsförderung – begannen erste primärpräventive Aktivitäten und Programme im Bereich der Krankenkassen. Insbesondere die Orts- und Betriebskrankenkassen entwickelten ein breites Spektrum an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Schwerpunkte bildeten körperliche Bewegung, Ernährungsberatung, Suchtprävention und Zahnprophylaxe.

Die Entwicklung des § 20 SGB V und seine gesetzlichen Veränderungen in den vergangenen Jahre wird nachfolgend kurz skizziert.

3.4.1 Gesundheitsförderung nach dem Gesundheitsreform-Gesetz 1989-1996

Mit dem Gesundheitsreform-Gesetz (GRG) von 1988 erhielten – zwei Jahre nach Verabschiedung der Ottawa-Charta und mehrjährigen primärpräventiven Aktivitäten im Bereich der Krankenkassen – durch Einführung des § 20 erstmals Maßnahmen zur Gesundheitsförderung einen legalen Einzug in das Gesundheitssystem. Zugleich konnten die Krankenkassen damit selbst Leistungserbringer werden. Die sehr offe-

(Betriebskrankenkassen) und 6,4 % (Innungskrankenkassen) (Statistisches Bundesamt 2001a).

nen Formulierungen im § 20 SGB V eröffneten ihnen ein sehr weites Betätigungsfeld. Zudem wurde die Förderung der Selbsthilfe aufgenommen (s. Kap. 6).

Im Vordergrund der kassenbezogenen Aktivitäten standen Einzelberatungen und Gruppenangebote vor allem in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. Darüber hinaus engagierten sich einzelne Kassenarten (insbesondere BKK, AOK) in der betrieblichen Gesundheitsförderung, die als Gestaltungsleistung freiwillig durch die Satzungen der einzelnen Kassen beschlossen werden konnte.

Defizite und Probleme der ab 1993 einem Wettbewerbsdruck³ unterliegenden Angebote waren vor allem (Kirschner, Radoschewski, Kirschner 1995, Drupp 1998):

- eine fehlende Ziel-, Zielgruppen- und Bedarfsbestimmung,
- eine vorwiegend nachfragedeterminierte, maßnahmenorientierte Angebotspolitik,
- eine Verortung von Gesundheitsförderung in der Dienstleistungs- und Wettbewerbspolitik und nicht in einer potenziell kostensenkenden Anbots- und Beitragssatzpolitik,
- eine oft nur formale und generell geringe Kooperation mit anderen Akteuren,
- kaum vorhandene Evaluationsroutinen und geringes Evaluationsinteresse,
- keine Verstetigung von Gesundheitsförderungsprozessen,
- eine Dominanz von Einzelaktionen sowie
- eine Diskrepanz zwischen ganzheitlich-integrierten Ansätzen und ihrer Durchführung.

In der zunehmenden Debatte um den marketingbezogenen Missbrauch der Gesundheitsförderung wurden qualitativ gute Ansätze kaum beachtet. Auch das von 12 Ersatzkassen gemeinsam durchgeführte Projekt „gesund alt werden“, das erstmals zielgruppenorientiert unter Einsatz von Fragebögen zur Risikoidentifikation Versicherte für ein gesundes Altern unterstützte, unterlag dem sich zunehmend verschärfenden Wettbewerb der Kassen und musste kurze Zeit nach seiner Etablierung wieder aufgegeben werden (Walter et al. 1996).

3.4.2 Einschränkung durch das Beitragsentlastungsgesetz 1997-1999

1996 – sieben Jahre nach ihrer Einführung – wurde die Gesundheitsförderung in der GKV im Rahmen des Beitragsentlastungsgesetzes wieder aus dem Pflichtkatalog der Kassen herausgenommen. Inhaltlich wurde dies mit dem durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 neu etablierten Kassenwettbewerb und den daraus resultierenden zunehmend mehr markt- als fach-orientierten Angeboten der Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen begründet. Tieferer Grund der Streichung der Ge-

3 Der im Zuge der Einführung der Wahlfreiheit der Versicherten eröffnete Wettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherung durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 konzentrierte sich aufgrund fehlender anderer Felder und der Nicht-Budgetierung der Gesundheitsförderung schon bald auf den Bereich der Gesundheitsförderung.

sundheitsförderung waren maßgebliche Einsparungen des Bundes im Bereich der Sozialleistungen zugunsten der Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie der Pflegeversicherung (Schwartz, Walter 1997).

Dennoch konnten die Krankenkassen weiterhin Modellvorhaben zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten durchführen, sich an diesen beteiligen oder fördern (§§ 63, 64 SGB V). Allerdings erforderten diese die Zustimmung des Bundesversicherungsamts oder der aufsichtsführenden Länder sowie eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung des Modellvorhabens (§ 65 SGB V).

Mit der Pflicht zur Zusammenarbeit mit der gesetzlichen Unfallversicherung wurde die Aufgabe der Kassen stärker institutionalisiert, reduziert und zugleich ökonomisiert, da die Betriebe für nicht vorgeschriebene Leistungen zahlen müssen (Hauss 1997).

1996 bis 2000 beschränkte sich das präventive Angebot der Kassen auf die weiterhin bestehenden Aufgaben der Vorsorge und Früherkennung sowie der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe und dem vorgesehenen Zusammenwirken mit der gesetzlichen Unfallversicherung. Einige Kassen führten wissenschaftlich begleitete, überwiegend sekundärpräventive Erprobungsregelungen durch.

3.4.3 Modifizierter Neuanfang ab 2000 durch die GKV-Gesundheitsreform

Das am 01.01.2000 in Kraft getretene GKV-Gesundheitsreformgesetz weist mit der Primärprävention als Soll-Leistung den Krankenkasse eine Aufgabe mit stark verpflichtenden Charakter zu. Die Neufassung des § 20 SGB V „Prävention und Selbsthilfe“ versucht mit der ausdrücklichen Ausrichtung am Bedarf, an Zielgruppen, Methoden und Zugangswegen die Kritik an der Umsetzung und an dem 1989-1996 gültigen § 20 SGB V aufzugreifen, nämlich: Mangel an klaren gesundheitlichen Zielen, Mangel an Zielgruppenorientierung und zu viel „Mittelstandsorientierung“ in Marketing, Methoden und Umsetzung mit dem Ergebnis einer vorrangigen Inanspruchnahme in der Praxis durch gesundheitsbewusste Versicherte. Mit der Nennung expliziter Anforderungskriterien soll zugleich Konzepten vorrangig unter Marketingaspekten entgegengewirkt werden.

Der Gesetzgeber hat in der Neufassung auch teilweise eine mehr salutogen und ebenfalls eine soziale Sichtweise aufgegriffen und Leistungen der Primärprävention als solche definiert, die „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ sollen (§ 20 Abs. 1 SGB V).

Auch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung können die Krankenkassen nun wieder – wie bereits 1989-1996 und inzwischen auch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (s. Kap. 8) – durchführen (§ 20 Abs. 2 SGB V). An sie werden die gleichen Anforderungen gestellt wie an die primäre Prävention.

Für beide Bereiche gibt der Gesetzgeber allerdings ein enges Ausgabenlimit für die Kassen von 2,56 EUR pro Versicherten im Jahr 2000 vor (2002: 2,62 EUR).⁴ Insgesamt stehen damit 356 Mio. DM (2000) zur Verfügung⁵, von denen neben den präventiven Maßnahmen allerdings auch Personalkosten und Sachmittel getragen werden müssen. Selbst wenn dieser Betrag in den Folgejahren analog zur Veränderung des Durchschnittsentgeltes der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr steigen soll, zwingt diese Vorgabe zu einem priorisierten und effizienten Einsatz der Mittel. Zudem gilt auch für Leistungen des § 20 SGB V, dass sie nach dem geltenden Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches (§ 12 SGB V) „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein müssen, d.h. sie sollen nicht nur medizinisch bedarfsgerecht sein, sondern auch mit günstiger Nutzen-Kosten-Relation erbracht werden.

Auch wenn Qualitätssicherung und Evaluation in der vom Gesetzgeber verabschiedeten Fassung des § 20 SGB V nicht explizit genannt werden und somit das Gesetz hinter dem Referentenentwurf (vom 25.05.1999) zurückbleibt, sind dennoch mit der Festlegung gemeinsamer Kriterien Ansätze eines Qualitätsmanagements im Bereich der Primärprävention erstmalig für die Krankenversicherung (GKV) in Deutschland gesetzlich benannt. Darüber hinaus gilt auch für den § 20 SGB V die Verpflichtung zur Qualitätssicherung nach § 135a SGB V.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sind nach der Neufassung des § 20 SGB V aufgefordert, gemeinsam und einheitlich prioritäre Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung in den Bereichen der primären Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung auszuarbeiten, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik. Mit der Verpflichtung der Kassen zur gemeinsamen Entwicklung von Handlungsempfehlungen sowie der expliziten Nennung qualitätssichernder Kriterien wird versucht, den Einfluss des Wettbewerbs zu mildern.

3.4.4 Strukturen und Personal

Mit der Einführung des § 20 SGB V 1989 wurden bei den deutschen Einzelkassen und Kassenverbänden – teilweise oft erstmals – eine präventive Infrastruktur aufgebaut. Ca. 3.000 angestellte Mitarbeiter waren im Bereich Prävention und Gesund-

⁴ Da die Krankenkassen zu wirtschaftlichem Handeln und zur Einhaltung von Haushaltsgrenzen verpflichtet sind, sieht Meierjürgen (1999, S. 43) die Budgetierung in der Prävention „als doppelte Sicherheitsgrenze“ als verzichtbar an. Die Auswirkungen sind seiner Meinung nach eher negativ: Einschränkung des finanziellen Handlungsspielraums vor allem kleinerer Kassen für die Entwicklung präventiver Strategien, nur geringer Spielraum zur Integration von Prävention in andere Handlungsfelder der Versorgung und damit letztlich eine Stabilisierung des finanziellen Ungleichgewichts zwischen der Kuration und Prävention. Als Alternative schlägt er – bei Beibehaltung der Budgetierung – eine Kopplung der Höhe des Präventionsbudgets an die Entwicklung der Leistungsausgaben vor. Im politischen Bereich gibt es Überlegungen, die Budgetierung, die dem Gegenwert einer Zigarettenschachtel entspricht, fallen zu lassen.

⁵ Dies entspricht 0,18 % der Leistungsausgaben.

heitsförderung in der gesetzlichen Krankenversicherung bis Ende 1996 tätig, davon allein 1.600 in der AOK. Hinzu kamen ca. 20.000-50.000 für die Kassen freiberuflich Tätige (Hauss 1997).

Mit der Abschaffung der Gesundheitsförderung 1997 wurden zahlreiche Mitarbeiter entlassen oder in andere kassenspezifische Abteilungen übernommen. Während die Ersatzkassen die präventiven Strukturen fast vollständig abbauten, versuchten andere, wie z.B. die AOK und Kassen mit betrieblicher Ausrichtung, einen Teil ihrer Mitarbeiter zu halten. Insgesamt führte diese Entwicklung zu einem erheblichen Verlust an Strukturen und Kompetenz, die nach Wiedereinführung der Primärprävention erst mühsam wieder aufgebaut werden mussten.

Dabei wurden die Aufgaben der Prävention, wie eine Anfrage bei den Krankenkassen zeigt (s. Tabelle 3-3), überwiegend der Leistungsabteilung zugeordnet. Inwieweit die Krankenkassen den rechtlichen Rahmen in der Prävention ausfüllen und eine aktive Rolle übernehmen, wird nicht zuletzt von ihrem jeweiligen historisch gewachsenen Selbstverständnis sowie der Innovationsbereitschaft des jeweiligen Kassenmanagements bestimmt (Drupp 2002).

Tabelle 3-3: Zuordnung des Aufgabenbereichs der Prävention bei den Kassen

Krankenkasse	Bereich
AOK	Gesundheit
Barmer	Versorgungsmanagement
BKK	Kunden
Bundesknappschaft	Allgemeine Prävention: Kranken- und Pflegeversicherung; Betriebliche Gesundheitsförderung: Recht
DAK	Leistung
GEK	Leistung
Hamburg Münchner Krankenkasse	Leistung
HEK – Hanseatische Krankenkasse	Leistungsrecht
HKK – Handelskasse	Marketing
IKK	Leistung
KKH	Leistungen/Verträge
See-Krankenkasse	Leistung
TK	Leistung

3.5 Umsetzung des SGB V Abs. 1 und 2

Mit dem modifizierten § 20 SGB V wurden die Krankenkassen vor mehrere Herausforderungen gestellt:

- sich in der Prävention abzustimmen und einheitlich vorrangige präventive Aufgaben samt Kriterien für eine qualitätsgesicherte Durchführung zu definieren,
- gezielt Maßnahmen auszuwählen und durchzuführen, die die Gesundheit ihrer Versicherten verbessern,
- Maßnahmen zu entwickeln und anzubieten, die die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen mindern helfen.

Das Interesse der Politik und der Fachöffentlichkeit an der Umsetzung des § 20 SGB V durch die Krankenkassen ist groß. Allen Beteiligten ist bewusst, dass sie sich begründete öffentliche Kritik nicht ein weiteres Mal leisten können. Die Krankenkassen müssen nun nachweisen, dass sie mit den Vorgaben im Sinne des Gesetzgebers sinnvoll umgehen, soll nicht die kassenbezogene Primärprävention endgültig scheitern.

Inwieweit primäre Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V fast drei Jahre nach dem Inkrafttreten umgesetzt wird, wird auf den folgenden Seiten dargestellt. Es wird den Fragen nachgegangen, inwieweit die vorgesehene Ausgaben erfüllt werden, welche Konzepte die Kassen verfolgen, ob Kooperationen zwischen den Kassenarten und welche mit anderen Einrichtungen bestehen, wie die Forderung nach einem Beitrag zur Minderung der sozialen Ungleichheit nachgekommen wird und welche Entwicklungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung erfolgt sind.

3.5.1 Ausgaben

Die Pflicht zur Durchführung primärpräventiver Prävention und die Möglichkeit, betriebliche Gesundheitsförderung durchzuführen, wurde erst zögerlich wieder aufgegriffen. Die Ausgaben für den § 20 SGB V belaufen sich im Jahr 2001 auf durchschnittlich 0,91 EUR/Versicherten und liegen damit erheblich unter dem gesetzlich vorgesehenen Auftrag von 2,56 EUR (2000, 2002: 2,62 EUR). Die Ausgaben variieren deutlich zwischen den einzelnen Kassen (Min. Seekrankenkasse 0,08 EUR bis Max. AOK 1,44 EUR (s. Tabelle 3-3). Im Jahr 2002 ist ein Anstieg der Ausgaben zu verzeichnen.⁶ Es wird damit gerechnet, dass der Richtwert spätestens 2003 erreicht wird.

Tabelle 3-3: Aufwendungen für primäre Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V und Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20 Abs. 2 SGB V (Bundesministerium für Gesundheit 2000, 2001 in Drupp 2002, S. 33, umgerechnet in EUR)

	2000		2001	
	Gesamt EUR	EUR/Versicherten	Gesamt EUR	EUR/Versicherten
Ortskrankenkassen	29.956.892	1,10	40.500.689	1,53
Betriebskrankenkassen	3.836.219	0,36	7.594.811	0,62
Innungskrankenkassen	5.746.780	1,25	6.383.155	1,42
Landwirt. Krankenkassen	405.094	0,39	337.566	0,33
See-Krankenkasse	1.171	0,02	5.481	0,08
Bundesknappschaft	12.301	0,01	156.244	0,11
Ersatzkassen für Arbeiter	855.477	0,57	2.063.283	1,44
Ersatzkassen für Angestellte	2.309.346	0,09	9.836.538	0,41
GKV gesamt	43.123280	0,60	66.877.767	0,94

⁶ Im ersten Halbjahr 2002 betragen (allerdings unter Einbezug ergänzender Maßnahmen) z.B. die durchschnittlichen Ausgaben der GKV 0,82 EUR pro Mitglied und für die IKK 1,17 EUR/ Mitglied (Berechnungen der IKK).

Die zunächst zögerliche Ausgabenentwicklung für präventive Maßnahmen im Rahmen des § 20 SGB V wird mit einer Anlaufphase auf Seiten der Kassen und Anbieter begründet. Als problematisch sind die deutlich geringeren Ausgaben bei den kleineren Kassengruppierungen zu beurteilen. Sie spiegeln nicht nur das traditionell sehr gering ausgeprägte Interesse für Prävention wieder, sondern zeigen auch die Notwendigkeit der Entwicklung kassenartenübergreifender Kooperationsstrukturen. Nicht zufriedenstellend sind auch die geringen präventiven Ausgaben der Ersatzkassen für Angestellte.

3.5.2 Gemeinsames Konzept der Krankenkassen

Zur gesetzlich vorgeschriebenen gemeinsamen und einheitlichen Entschließung prioritärer Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik wurde neben einer Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände eine beratende Kommission mit je einem Vertreter des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Bundesvereinigung für Gesundheit, der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften eingerichtet.

3.5.2.1 Theoretischer Ansatz der Krankenkassen, Dokumentation und Evaluation

Am 21.06.2000 legten die Spitzenverbände der Krankenkassen ein Konzept zu gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vor. Dieses erforderte eine Überarbeitung, die ein Jahr später (27.06.2001) erschien (AOK Bundesverband et al. 2001b, nachfolgend Leitfaden genannt).

Danach soll sich die kassenbezogene Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V auf folgende Ansätze und Schwerpunkte konzentrieren:

- (1) Setting-Ansatz, d.h. Interventionen mit stärkerem Verhältnisbezug und Strukturbildung, insbesondere am Arbeitsplatz/Betrieb, Gemeinde/Familie, Schule/ Kindergarten und
- (2) individueller Ansatz, d.h. verhaltensbezogene Maßnahmen zur Förderung einer vorbeugenden Lebensführung insbesondere zur Vermeidung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes, bösartigen Neubildungen, Asthma und allergischen Erkrankungen. Prioritäre Handlungsfelder sind dabei Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressreduktion/Entspannung sowie Genuss- und Suchtmittelkonsum.

Um Personen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen zu erreichen, wird von den Spitzenverbänden vorrangig der Setting-Ansatz empfohlen.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 2 SGB V soll

- (3) der bisherige Ansatz weiterverfolgt werden, wonach dem Angebot spezifischer Maßnahmen die Ermittlung des betrieblichen Bedarfs anhand vorhandener Instrumente wie z.B. Arbeitsunfähigkeits-Analysen, Gefährdungsermittlungen, arbeitsmedizinischen Untersuchungen, Mitarbeiterbefragungen, Gesundheitszirkel vorausgehen soll. Prioritäre Handlungsfelder sind arbeitsbedingte körperliche Belastungen, Betriebsverpflegung, psychosozialer Stress, gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung sowie Genuss- und Suchtmittelkonsum (0 Promille am Arbeitsplatz).

Eine Korrektur des Leitfadens wurde beim Präventionsprinzip „Bewegung zur Förderung des Muskel-Skelett-Systems“ im Handlungsfeld Bewegung erforderlich. Hier erfolgte im Oktober 2002 eine Anhörung von Experten hinsichtlich der Evidenzlage zur präventiven Wirksamkeit von Maßnahmen in diesem Bereich. Danach sollten die Programme zukünftig weniger kognitiv und verhaltensorientiert als vielmehr motorisch und psychosozial ausgerichtet sein. Empfohlen wurde die Qualifikationsvoraussetzung „Rückenschullehrerlizenz“ aufzuheben (IKK-Bundesverband 2002). Inwieweit die Krankenkassen diesen Vorschlägen folgen und die Bedingungen im Leitfaden konkretisieren, bleibt abzuwarten.

In den drei anderen Bereichen – Ernährung, Stress, Genuss- und Suchtmittelkonsum – wurde kein Bedarf gesehen, den Leitfaden zu korrigieren.

Aufgabe der Krankenkassen vor Ort ist es, die erforderlichen Qualifikationen der Anbieter (staatlich anerkannte Ausbildungen, Vorliegen eines Trainermanuals, Teilnehmerunterlagen, angemessene räumliche Voraussetzungen, hinreichende Gruppengröße bzw. in der betrieblichen Gesundheitsförderung: u.a. bestehende Unternehmensleitlinie zur Gesundheitsförderung, Beteiligung von Mitarbeitern an Entscheidungen in Gesundheitsfragen, Einbindung der Maßnahmen in regelmäßige Auswertung und Begleitung) zu überprüfen. Hierzu wurde ein Fragebogen entwickelt, der flächendeckend eingesetzt werden kann. Angekreuzt werden kann, ob es sich u. Maßnahme speziell für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen handelt. Eine Spezifizierung ist jedoch nicht zwingend, eine Frage zu Zugangswegen wird nicht gestellt.

Um eine Transparenz über die Angebote zu erhalten, entwickelte die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände (2001) eine bundesweit einzusetzende Dokumentation, die 2003/2004 in die Routine etabliert werden soll. Sie soll Aufschluss geben, in welchem Umfang nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage (definiert über Härtefall) charakterisierte Versicherte welche Leistungen in den verschiedenen Handlungsfeldern von welchen Anbietern in Anspruch nehmen. Explizit ausgeschlossen wird das Ziel einer Wirksamkeitsanalyse, das einer externen Evaluation vorbehalten bleiben soll.

Eine erste Datenerfassung lief Ende 2001 an. Die Dokumentation der 2002 durchgeführten Maßnahmen wird vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen ausgewertet werden und voraussichtlich im ersten Halbjahr 2003 vorliegen.

Neben dieser Vollerhebung der Angebote und ihrer Auswertung ist eine externe Evaluation vorgesehen. Hierbei sollen stichprobenartig Angebote aller Krankenkassenarten in den vier Handlungsfeldern bewertet werden. Eine erste Anhörung der Bewerber fand im Oktober 2002 statt.

3.5.2.2 Bewertung

Bis auf die Empfehlung zur Unterstützung von Setting-Ansätzen bleibt das Problem der Erreichbarkeit von Zielgruppen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko sowie Versicherten aus sozial benachteiligten Lebenslagen in der individuellen Prävention ungelöst. Als besondere Zugangswege empfehlen die Spitzenverbände lediglich eine Ansprache über Kooperationspartner, die von der Zielgruppe besonders frequentiert werden, Direct-Mailingaktionen sowie Bringstrukturen, letztere mit der Anmerkung, dass dieses Verfahren kostenintensiv ist. Detaillierte Vorschläge in den Handlungsfeldern fehlen ebenso wie Verfahren zur Bestimmung und Erfassung der Teilnehmervoraussetzungen. Keine Aussagen werden zum Angebot von Refresher-Maßnahmen sowohl in der individuellen Prävention als auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung gemacht.

Die Dokumentation der individuellen Prävention ist sehr formal und bleibt – anders als die erheblich umfassendere Dokumentation zum Setting und der betrieblichen Gesundheitsförderung – auf eine bloße Erfassung der Angebotsform und Teilnehmerzahl beschränkt. Inhaltliche Aussagen zur Zielgruppenauswahl, zur Zielgruppen- und Bedarfsorientierung können nicht gemacht werden. Das Kriterium Härtefall ja/nein reicht zur Beschreibung des Sozialstatus nicht aus. Hier ist der Einbezug weiterer Informationen wie z.B. Beruf und Einkommen (Beitragssatz) wichtig, um u.a. Hinweise zur Erreichbarkeit sozial Benachteiligter zu erhalten.

Da keine Erfassung der beschrittenen und wahrgenommenen Zugangswege erfolgt, lassen sich keine Aussagen treffen, welche Verfahren mit welchem Erfolg angewandt werden. Nicht vorgesehen ist ebenfalls eine Dokumentation der Quoten und Gründe von Abbrüchen.

Auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung ist ein sozialkompensatorischer Ansatz gesetzlich vorgesehen, der z.T. in dem Leitfaden der Spitzenverbände aufgegriffen wurde. Damit sollten untere berufliche Statusgruppen und Personen in prekären Beschäftigungsverhältnissen gezielt erreicht werden. Kuhn (2000) weist auf die Gefahr hin, dass die definierten Kriterien zur Auswahl von Betrieben einer nicht gewünschten sozialen Selektivität Vorschub leisten können. I.d.R. handelt es sich um die Betriebe mit positiven Deckungsbeiträgen (Differenz zwischen Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben).

Nicht ausgeführt wurde die Umsetzung der Meldepflicht bei Verdacht auf Vorliegen einer berufsbedingten Gefährdung oder einer Berufskrankheit an die für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen.

Kuhn (2000) kritisiert, dass Belastungen von Berufspendlern, Aspekte der Doppelbelastung durch Arbeit und Familie, Belastungen bei berufsbiographischen Übergängen und berufliche Gratifikationskrisen nicht angesprochen wurden. Er plädiert dafür, dass die Krankenkassen diese, von der gesetzlichen Unfallversicherung nicht abgedeckten, Risiken der modernen Arbeitswelt aufgreifen und die betriebliche zur arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung weiterentwickeln (Kuhn 2000a).

Die Dokumentation insbesondere in der individuellen Prävention bleibt auf dem beschriebenen Ziel einer Transparenz des Leistungsgeschehens an der Oberfläche stecken. Als zukünftiges Routineinstrument, das auch einer kontinuierliche Qualitätssicherung dienen könnte, wird es dieser nicht gerecht. Da die Qualität individuenbezogener Prävention mit der Qualifizierung der Leistungserbringer als gegeben angenommen wird, ist eine Auswertung im Sinne einer Qualitätssicherung von vornherein nicht möglich. Kontraproduktiv ist auch, dass eine krankenkassen- und krankenkassenartenbezogene Berichterstattung explizit nicht vorgesehen ist.

3.5.3 Zusammenarbeit der Krankenkassen – Zwischen Erfordernis und Wettbewerb

In der Regel werden präventive Maßnahmen aufgrund des Wettbewerbs nur von einer Krankenkasse alleine angeboten und durchgeführt, da Krankenkassen sich besonders gut profilieren können, wenn sie exklusiv alleine und nicht gemeinsam mit anderen Partnern vorgehen (Stuppardt 2002).⁷ Eine Zusammenarbeit verschiedener Kassenarten und Spitzenverbände ist deshalb lediglich im Rahmen von strategischen Allianzen oder Projekten gegeben. Nur sehr wenige Berührungspunkte gibt es zwischen den „großen“ und den „kleinen“ Kassen.

Während einige Präventionsbereiche von den Kassen selbst abgedeckt werden, greifen sie bei anderen auf externe Anbieter zurück. Das Ausmaß differiert von Kasse zu Kasse. Als Schwierigkeit vieler Angebote wird dabei gesehen, dass oft nicht die eigenen Versicherten angesprochen werden, sondern die anderer Kassen. Zudem bestehen Probleme vor allen in dünner besiedelten, ländlichen Regionen, wo keine ausreichende Anbieterstruktur existiert. Ein Problem stellen z.T. die Qualifikationsanforderungen vor allem im Bereich Ernährung dar. Hier drängen immer mehr Anbieter in den Markt, die die Qualifikation nicht erfüllen.

Ein externer Anbieter ist der Deutsche Sportbund (DSB). Hier erfolgen derzeit auf Spitzenebene Gespräche. Die Angebote sollen kassenartenübergreifend genutzt werden. Die Volkshochschulen führen Gespräche mit allen Kassenarten. Auch hier ist eine gemeinsame Nutzung sinnvoll.

⁷ Auch die betriebliche Gesundheitsförderung mit ihren ökonomischen Vorteilen für Betriebe (Reduktion der Fehlzeiten, Verbesserung der Mitarbeitermotivation) eignet sich als wichtiges Instrument im Wettbewerb der Krankenkassen. Da viele Firmen (zur Senkung ihrer Lohnnebenkosten) (z.T. aktiv über ihre Personalabteilungen) kostengünstige Krankenkassen für ihre Mitarbeiter präferieren, gelten Betriebe als wichtige Multiplikatoren um Mitglieder (Hauss 1997).

Werden externe Anbieter einbezogen, besteht die Empfehlung der Spitzenverbände, dass die hauptsächlich kooperierende Kasse die qualitativen Voraussetzung prüft und Versicherte anderer Kassen die Kosten erstattet bekommen sollen. Da es sich um die Ausgestaltung typischer Handlungsfelder vor Ort handelt, erfolgt diesbezüglich keine konkrete Abstimmung auf Spitzenebene.

Der im internationalen Vergleich der Sozialversicherungen einmalig intensive Wettbewerb der Krankenkassen (Schwartz 2000) wird zwiespältig erlebt. So regt er einerseits eine auf die Bedürfnisse der Versicherten zugeschnittene Leistungspolitik an und begünstigte ein verändertes Selbstverständnis der Kassen hinsichtlich ihrer Funktion und Zuständigkeit in der gesundheitlichen Versorgung. Die Krankenkassen, als passive Verwalter von Versichertenbeiträgen: dieses Bild, das die Kassenlandschaft bis in die 1990er Jahre hinein kennzeichnete, änderte sich erst mit der beginnenden aktiven Gestaltung von Gesundheitsleistungen (Marstedt 1998, Nadolski, Stegemann 1996). Drupp (2002) sieht als Folge des intensivierten Wettbewerbs sowie wachsender Qualitätsanforderungen der Kunden eine zunehmende Bedeutung interner und externer Qualitätssicherungsmaßnahmen. Diese sollen letztlich die Zufriedenheit der Kunden erhöhen. Im Zuge der Verstärkung von Case- und Caremanagement wird ein verstärkter Einbezug der eigenen Gesundheitsförderungskompetenzen gesehen. In der Umsetzung des § 20 SGB V hat er sich nach Einschätzung der befragten Experten der Wettbewerb der Krankenkassen weniger als Problem herausgestellt als befürchtet. Andererseits beklagen zahlreiche Kassenmitarbeiter selbst den Wettbewerb, der einer engeren Zusammenarbeit zwischen den Kassen entgegensteht (Geene, Gold, Hans 2001).

Ein ernst zu nehmendes Problem ist der wettbewerbsinduzierte Anreiz, „insbesondere gesunde bzw. gesundheitlich gering belastete Versicherte mit Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen zu umwerben und die besonders belasteten oder gefährdeten Versicherten zu vernachlässigen“ (Stuppardt 2002, S. 247) – „...im Falle eines Erfolges drohen der jeweiligen Kasse wirtschaftliche Nachteile“ (Rosenbrock 2002).⁸ Durch diese Fehlanreize wird eine freie und funktionsbezogene Entfaltung der Prävention verhindert, die für die ohnehin schwere Aufgabe vorrangig sozial schwache sowie besonders vulnerable Gruppen einzubeziehen, dringend erforderlich wäre (Schwartz 2000).

Eine risikogruppenbezogene Prävention, die sich an den im Gutachten des Sachverständigenrates (2001) formulierten und im Leitfaden der Spitzenverbände aufgegriffenen Priorisierungskriterien – angemessene Häufigkeit der zu vermeidenden Gesundheitsstörung, medizinische und volkswirtschaftliche Relevanz – orientiert, stößt allerdings selbst bei den größeren Krankenversicherungen aufgrund ihrer geringen zielgruppenspezifischen Versichertendichten für eine Vor-Ort-Intervention schnell

⁸ Als Unternehmen verfolgen Krankenkassen, wie jüngst eine Studie zu ihren Zielen zeigte (Haenecke 2001), vor allem wirtschaftliche Ziele. Im Vordergrund stehen die Sicherung des Kassenfortbestandes, Erhöhen bzw. Halten der Kassengröße und Senken/Halten des Beitragssatzes und nicht soziale bzw. gesellschaftsbezogene Ziele. Ziele der Gesundheitsförderung werden nicht explizit genannt, sind jedoch Leitbild einzelner Kassen.

an ihre Grenzen. Soll eine qualitativ hochwertige Prävention nicht an den Schranken des Wettbewerbs scheitern oder gar ganze Regionen oder Bevölkerungsgruppen ausschließen, ist eine konzertierte Aktion der Krankenversicherungen notwendig (Walter, Schwartz 2002). Gleiches gilt für den Setting-Ansatz, der – bis auf die BKK (und teilweise die IKK) in der betrieblichen Gesundheitsförderung – sinnvoll nur gemeinsam umgesetzt werden kann. Zur Förderung präventiver Maßnahmen ist daher ein gemeinsamer Förderpool der Krankenkassen auf Regionalebene sinnvoll, in der die Finanzierung anteilig der Mitgliederzahlen erfolgt. Diese Lösung favorisieren jedoch bislang nicht alle Kassen. Hier wird viel erforderliche Überzeugungsarbeit gesehen. So sind erfolgreiche Modelle auf Regionalebene erforderlich, die zeigen, dass bei einer derartigen Lösung alle profitieren.

3.5.4 Kooperationen mit anderen Einrichtungen

Flächendeckende Kooperationen mit anderen Einrichtungen bestehen bis auf die oben erwähnten nicht. Kooperationen erfolgen ausschließlich projektbezogen, z.B. mit Schulen, Kindertagesstätten etc. Teilweise bestehen Überlegungen weitere Kooperationspartner wie örtliche Kinderärzte einzubeziehen (Wehmhöner 2001). Von gemeinsamen Interessen getragene Kooperationen werden als positiv erlebt, da sie über das eigentliche Projekt hinaus Anknüpfungspunkte für eine weiterführende Zusammenarbeit eröffnen. Als kontaktfördernd wurden (Selbst-)Verpflichtungen einer von mehreren Kassen gemeinsamen getragenen Ausstellung im Rahmen der EXPO 2000 erlebt.

Die Kooperationen mit den Unfallversicherungsträgern werden aus Sicht der Krankenkassen als gut bezeichnet, da die Aufgabenfelder konkret abgesteckt sind (s. ausführlich Kap. 8).

Als bislang unzureichend aber wichtig und in beiderseitigem Interesse werden die Kooperationen mit der Rentenversicherung beurteilt. Als wesentliche Felder werden die betriebliche Gesundheitsförderung sowie die Rehabilitation gesehen (s. auch Kap. 10).

Hinsichtlich der Pflegekassen bestehen erste Überlegungen, wie verstärkt Prävention in den Pflegebereich eingebunden werden kann. Gezielte Angebote können derzeit aber noch nicht unterbreitet werden.

Der ÖGD, der am wenigstens darauf achten muss, wer wo versichert ist, wird als wichtiger Partner gesehen, insbesondere für Projekte mit Sozialhilfeempfängern und in sozialen Brennpunkten. Probleme einer vermehrten Realisation werden vor allem im Hinblick auf die oft desolate Haushaltslage der Länder und Kommunen gesehen. Hier besteht die Befürchtung, dass sich der ÖGD noch weiter aus der gesundheitlichen Beratung zurückzieht.

Neben einer Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern fehlen insgesamt Kooperationen mit Wohlfahrtsverbänden und Sozialämtern sowie der Bundesanstalt für Arbeit.

Auch Kooperationen mit dem Verbraucher- und Umweltschutz bestehen so gut wie nicht (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände 2002).

Mit den privaten Krankenversicherungen bestehen keine Kooperationen, abgesehen von gemeinsamen Diskussionen im Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung. Als sinnvoll wird eine auch finanzielle Einbindung z.B. beim Setting-Ansatz Schule gesehen. Dies ist dann möglich, wenn eine Poolfinanzierung erfolgt.

3.5.5 Setting-Ansatz

Außerhalb des Settings Betrieb weisen die Kassen bislang keine umfassenden Erfahrungen im Setting-Bereich auf, da sie bislang Leistungen nur mitgliederbezogen erbracht haben. Die neue Aufgabenstellung erfordert jedoch ein Abweichen von der versichertenbezogenen Leistungsgewährung (Wehmhöner 2001).

Die anfangs geäußerte Kritik der Aufsichtsbehörden, das die präventiven Maßnahmen einen Versichertenbezug haben müssen, wurde inzwischen gelockert. Damit sind Setting-Ansätze, die Versicherte aller Krankenversicherungen, einschließlich der privaten einschließen, möglich.

Der im Leitfaden empfohlene Setting-Ansatz wird in der Praxis jedoch nur langsam weiterentwickelt. Stuppardt (2002) weist darauf hin, das von im Wettbewerb stehenden Kassen nicht von vonherein erwartet werden kann, dass sie gemeinsam vorgehen, Aufgaben abstimmen und koordinieren.

Drei kassenartenübergreifende präventive Angebote im Setting Schule werden mit dem Kooperationsprojekt „gesund leben“ gefördert (AOK et al. 2003). In Zusammenarbeit mit drei Landesvereinigungen für Gesundheit (und in der Vorbereitung mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) begannen im März 2003 drei unterschiedliche Teil-Projekte (Gesundheitsmanagement in der Schule, Netzwerk Schulen für Gesundheit 21, Betriebliche Gesundheitsförderung in der Schule in sozialen Brennpunkten) mit einer Laufzeit von drei Jahren zur Gesundheitsförderung in Schulen in drei verschiedenen Bundesländern (Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Rheinland-Pfalz). Die Modellprojekte wurden anhand einer Analyse der bestehenden Ansätze und Projekte herausgefiltert. Je nach den gewonnenen Erfahrungen in den Modellen, die in einer wissenschaftlichen Begleitung aufbereitet werden, ist eine anschließende bundesweite Übernahme angestrebt.

Die Durchführung von kassenbezogenen Modellversuchen nach bereits langjähriger Erfahrung in diesem Bereich und drei Bund-Länder-Modellversuchen wurde kritisiert, so lange sie nicht auf Grund- und Hauptschulen in benachteiligten Stadtteilen fokussieren (Altgeld 2001). Im Bereich Schule sind i.d.R. unkoordiniert mehrere Anbieter tätig, wie z.B. die Länder, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der öffentliche Gesundheitsdienst, Landesvereinigungen für Gesundheit.

Neben den o.g. kassenartenübergreifenden Ansätzen werden Einzelprojekte im Bereich Schule von verschiedenen Kassen durchgeführt, z.B. mit der IKK Nordrhein

und dem IKK-Bundesverband in der Friseurausbildung in Berufsschulen in Nordrhein-Westfalen zum Thema Nichtrauchen und aktive Pausengestaltung. Der Schwerpunkt der Aktivitäten liegt insgesamt im Grund- und Hauptschulbereich.

Schule wird als wichtiges Feld für Gesundheitsförderung angesehen. Aber aus der Situation heraus, dass Krankenkassen im Wettbewerb stehen, besteht teilweise der Eindruck, dass Schulen und Lehrer Kassen gegenüber eine gewisse Skepsis zur Zusammenarbeit haben. Generell weist das Feld auch viele offene einrichtungs- und managementbezogene Fragen (Ausbildung, Betriebsklima, Motivation von Lehrerschaft) auf. Hier könnten Kassen mit Erfahrungen in betrieblicher Gesundheitsförderung einen Beitrag leisten.

3.5.6 Individuelle Prävention

Spezifische Angebote für Ältere gibt es nicht. In Vorbereitung ist ein Programm auf Gemeindeebene der AOK Niedersachsen. Die AOK Baden-Württemberg lässt derzeit das Potenzial zur Prävention bei Älteren eruieren.

Der Sachverständigenrat (2001, Bd. 1, Ziff. 129) vermisst eine konkrete Umsetzung der gesetzlich geforderter Verminderung sozial bedingter Ungleichheit. Derzeit bestehen keine gezielten Maßnahmen für sozial Benachteiligte. Als effektivster und einfachster Zugang wird der Setting-Ansatz angesehen, z.B. im Setting Schule oder Betrieb. Bereits in der Vergangenheit wurden hier einige Maßnahmen für untere berufliche Statusgruppen oder Personen in prekären Beschäftigungsverhältnissen durchgeführt, z.B. im Baubereich oder im Hotel- und Gaststättengewerbe.

Ernsthafte Anstrengungen niedrigschwellige Angebote in sozial benachteiligten Stadtteilen zu konzipieren sind bislang nicht erkennbar (Altgeld 2001). So wären z.B. Angebote für Arbeitslose ebenso denkbar wie für Kinder und Jugendliche in Zusammenarbeit mit der Jugendsozialarbeit.

Eine Identifikation der Zielgruppe anhand von Routinedaten erfolgt derzeit fast ausschließlich in der betrieblichen Gesundheitsförderung.⁹ Als Möglichkeit wird in Erwägung gezogen, dass nach Vorliegen der Auswertung der derzeitigen Angebote sowie der geplanten Evaluation ganz gezielt Zielgruppen anhand von Routinedaten identifiziert werden.

Dabei verfügen die Krankenversicherungen mit ihren Routine- und Stammdaten dafür über einen bislang einzigartigen Datenpool zur Gesundheit und Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen. Diese sollten auch genutzt werden, um

⁹ Unter Nutzung von Routinedaten (Alter, Geschlecht) führte die DAK 2001/2002 eine Direct-Mailing Aktion für verschiedene Versichertengruppen durch mit dem Angebot von Gesundheitsinformationen. Allerdings verfolgte diese von der Marketingabteilung durchgeführte Aktion eher Werbeziele als seriöse Präventionsaufgaben.

gezielt Gruppen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko für präventive Maßnahmen zu identifizieren und aktiv anzusprechen.

Inzwischen liegen wissenschaftliche Studien zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit präventiver kassenbezogener Maßnahmen vor. Vorgehensweise und Ergebnisse der bislang durchgeführten, wissenschaftlich begleiteten Projekte außerhalb der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden jüngst zusammengefasst (z.B. Walter, Drupp, Schwartz 2002). Sie zeigen zudem die Nutzung von Routinedaten in der Prävention sowie Zugangswege anhand zahlreicher Beispiele auf (Walter, Drupp, Schwartz 2002). So können z.B. in der Primärprävention von Neurodermitis durch aktive und aufsuchende Verfahren Mütter mit geringerer Bildung erreicht werden, die über herkömmliche passive Verfahren bislang nicht angesprochen werden konnten (Dierks et al. 2002). Allerdings werden selbst z.B. im Rahmen von Studien mit der AOK Niedersachsen bereits erprobte Verfahren und sich als effektiv erwiesene Maßnahmen in der Praxis nicht weiter umgesetzt und flächendeckend angeboten.¹⁰

Als hilfreich werden z.B. unterstützende, auch schriftliche Informationen in der Muttersprache von Migranten gesehen, die derzeit kaum vorliegen. Es wäre z.B. eine Aufgabe der Krankenkasse, diese zu konzipieren und gemeinsam anzubieten z.B. mit dem ÖGD.

3.5.7 Betriebliche Gesundheitsförderung

Nach dem § 20 SGB V sind die Kassen aufgefordert, Information über berufsbedingte gesundheitliche Gefährdungen bei Vorliegen einer Berufskrankheit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung mitzuteilen. Eine Weiterleitung von Daten funktioniert punktuell vor allem im Rahmen gemeinsamer Projekte, ist aber kein Automatismus. Eine entsprechende routinemäßige Überprüfung aller Betriebe und Versicherten würde nach Ansicht der Kassen die personellen Kapazitäten sprengen. Zudem sollten Interventionen auf Basis entsprechender Daten im Vordergrund stehen.

Der Zugang über Routinedaten (AU-Daten) und der Analyse wird fast ausschließlich in der betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt, die i.d.R. mit Beschäftigtenbefragungen verknüpft werden. Betriebe mit hohen AU-Dauern werden gezielt angesprochen und ihnen präventive Angebote unterbreitet. Auf Basis branchenspezifischer Auswertungen, einzelbetrieblicher Analysen und Mitarbeiterbefragungen werden gezielte Maßnahmen ergriffen. Aufgrund des Datenschutzes erfolgt eine einzelbetriebliche Analyse nur bei einer Mindestgröße von 20 Beschäftigten. Liegt die Betriebsgröße darunter, wird ein (gröberer) Branchenvergleich vorgenommen oder mehrere kleinere Betriebe zu einer Analyse zusammengefasst.

¹⁰ Eine Nutzung der Routinedaten im Bereich Rücken ist für das Jahr 2003 – drei Jahre nach Abschluss der Studie vorgesehen.

Inwieweit die Bereitschaft zur Information und zur Übernahme präventiver Interventionen besteht, ist stark von der Motivation und Bereitschaft des Betriebsleiters, z.B. der Handwerksmeister, abhängig. Z.T. ist viel Überzeugungsarbeit erforderlich. Falls erforderlich, werden auch Refreshermaßnahmen angeboten.

Infolge der Kassenwahlfreiheit finden sich zunehmend auch in früher homogenen Betrieben, wie z.B. Handwerksbetrieben, Mitglieder anderer Kassen. So lange es sich um Einzelfälle handelt, werden diese in den Maßnahmen mitgeführt.

Die Zusammenarbeit mit den Trägern der Unfallversicherung wird ausführlich in Kapitel 8 dargestellt.

3.5.8 Bericht

Eine Berichtspflicht der Krankenkassen in der Prävention besteht nicht. Umso begrüßenswerter ist es, dass sie eine umfassende Bestandsaufnahme der Angebote nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V derzeit durchführen. Erhoben werden u.a. die Zielgruppe, die Teilnehmer, die Kosten. Die Dokumentation soll u.a. Aufschluss geben über die Art der Angebote und ihre Verteilung auf die Handlungsfelder. Geplant ist eine kassenartenübergreifende (nicht jedoch -differenzierende) Auswertung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Der Bericht soll Anfang 2003 vorliegen. (Zur Kritik s. Kap. 3.5.2). Ebenso ist eine externe Evaluation vorgesehen.

3.6 Zusammenfassung und Fazit

1989 wurde den Krankenkassen erstmals gesetzlich die Möglichkeit eingeräumt, sich im Bereich Gesundheitsförderung zu engagieren. Nach einer vierjährigen gesetzlichen Einschränkung sind die Krankenkassen seit 2000 aufgefordert, Maßnahmen der Primärprävention anzubieten, zudem können sie betriebliche Gesundheitsförderung durchführen. Ziel ist die Verbesserung der des allgemeinen Gesundheitszustands der Versicherten sowie zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beizutragen. Hierzu sind 2,56 EUR/Versicherten (2000) vorgesehen. Zur Einschränkung marketingbasierter Strategien und zur Sicherung der Qualität wurde die Aufgabe mit der Verpflichtung für die Krankenkassen verbunden, gemeinsam und einheitlich prioritäre Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik zu entwickeln.

Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände (2002) weist darauf hin, dass die auf Krankenversorgung und Krankheitsfolgeleistungen ausgerichteten Versorgungsbereiche sowohl im Hinblick auf Verfügung stehende Ressourcen als auch hinsichtlich der Eindeutigkeit der gesetzlichen Leistungsansprüche gegenüber der Prävention privilegiert sind. So besteht kein Finanzierungsanspruch der Versicherten bei Leistungen zur allgemeinen Gesundheitsförderung, da Investitionen in die eigene Gesundheit vor allem bei nicht vorhandener offener Krankheitssymptomatik im „wohlver-

standenen Interesse“ und in der Eigenverantwortung des einzelnen liegen (Deutscher Bundestag 1999, S. 61).

3.6.1 Realisierung und Optimierung der Primärprävention

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben unter Hinzuziehung externer Expertisen (Kommission) prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen vorgelegt. Ansätze sind für die Kassen vorrangig: Setting-Ansatz, individuelle Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Entwickelt wurden Instrumente zur Prüfung der Anbieterqualität sowie zur Dokumentation, mit der erstmals im Jahr 2002 eine Vollerhebung zur Transparenz der Angebote in den einzelnen Handlungsfeldern erfolgt. Eine externe Evaluation der Wirksamkeit von Maßnahmen ist geplant.

Als kritisch wird gesehen, dass bei der individuellen Prävention sich die Dokumentation auf formale Kriterien beschränkt und Aussagen zur Zielgruppenauswahl, Zugangswegen und Erreichbarkeit von Teilnehmern nicht getroffen werden können. Der explizit ausgeschlossene kassen- und kassenartenbezogene Vergleich verhindert bei gegebenem Wettbewerb eine vergleichsbezogene Optimierung der Strukturen.

Die Umsetzung der kassenbezogenen Primärprävention läuft nur zögerlich an, wobei eine sukzessive Ausgabensteigerung 2000-2002 zu verzeichnen ist. Allerdings lagen die Ausgaben für den § 20 Abs. 1 und 2 SGB V 2001 mit einem Gesamtdurchschnitt von 0,91 EUR/Versicherten erheblich unter dem Soll-Wert. Auch im Jahr 2002 wird dieser bei weitem noch nicht erreicht werden.

In der Nutzung der rechtlichen Möglichkeiten und in der Umsetzung der vorgeschriebenen präventiven Leistungen unterscheiden sich die einzelnen Kassenarten und Krankenkassen in Deutschland erheblich. Neben den großen Angestellteneinzelkassen bieten besonders kleine Krankenkassen aufgrund ihres geringen finanziellen Spielraums und Letztere aufgrund ihrer geringen Versicherungsdichte wenig eigene präventive Maßnahmen an. Kooperationen mit größeren Kassen zur Übernahme einer zusätzlichen präventiven Versorgung erfolgen i.d.R. nicht.

Als Hinderungsgründe zur Nutzung der gesetzlichen Möglichkeiten werden der enorme Kostendruck, der auf dem Gesamtsystem der gesetzlichen Krankenkassen lastet gesehen. Zum anderen begrenzt die Dominanz der kurativen Versorgung in den laufenden Positionen, die zusätzliche Ausschöpfung der präventiven Versorgung. Eine Änderung kann nur langfristig zu Gunsten der Prävention erfolgen.

Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände (2002) weist darauf hin, dass den hohen Erwartungen durch die Wiedereinführung der Primärprävention nicht voll entsprechen werden kann – zum einen, weil die Haupteinflussfaktoren der Krankheitsentstehung außerhalb des medizinischen Versorgungssystems liegen, zum anderen, weil der vorgesehene Betrag von 2,62 EUR/Versicherten (2002) keine Möglichkeit für flächen- und bedarfsdeckender Maßnahmen lässt.

Eine Zusammenarbeit der Krankenkassen erfolgt aufgrund gesetzlicher Verpflichtung auf Ebene der Spitzenverbände und vereinzelt im Rahmen strategischer Allianzen auf Projektebene. Sehr mühsam schreitet die Entwicklung der Setting-Ansätze voran, wo ab 2003 drei poolfinanzierte Modellprojekte im Bereich Schule durchgeführt werden. Derartige kassenartenübergreifende gemeinsame Projekte stellen jedoch eine Ausnahme dar. I.d.R. bietet jede Kasse eigene und/oder unter Einbezug eines externen Anbieters Maßnahmen an. Allerdings bestehen Empfehlungen kassenfremde Versicherte einzubeziehen bzw. die Teilnahme an Maßnahmen anderer Kassen zu vergüten.

Es ist zu fragen, ob nicht eine Konzentration und regionale gemeinsame Bündelung ihrer Aktivitäten und damit mittelfristig die Entwicklung einer regional bezogenen, belastbaren Struktur und fachlich-praktischen Professionalisierung auf diesem Feld sowohl für die Gesundheit der Versicherten als auch für die Kassen selbst zielführender ist als eine erneute „bunte“ Diversität und sehr unterschiedliche Dichte präventiver Ansätze.

Qualitäts- und strukturverbessernde Maßnahmen dienen zur Zeit noch eher der Profilierung einzelner Kassen und tragen weniger zu einer verbesserten flächendeckenden Gesamtversorgung bei. Zur Sicherung von Wettbewerbsvorteilen werden oft die in regionalen Projekten gewonnenen Erkenntnisse nicht, verzögert oder nur teilweise transparent gemacht. Der Sachverständigenrat (2002c, Ziff. 343) fordert daher, dass in Projekten gewonnene Erkenntnisse frühzeitig transparent gemacht werden, um eine zeitnahe Optimierung der präventiven Versorgung zu gewährleisten.

Wichtig ist in Zukunft ein stärkerer Erfahrungsaustausch und gemeinsame Projekte einer präventiven Versorgungsforschung mit praxisorientierter Wissenschaft zur Entwicklung auch aus wissenschaftlicher Sicht tragfähiger Projekte. Evaluierte Projekte mit nachgewiesener Effektivität und Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen sollten Streuwirkung haben und von anderen Kassen aufgegriffen und weitergeführt werden.

Routinedaten werden lediglich in der betrieblichen Gesundheitsförderung (und Marketing) genutzt. Auch andere bereits entwickelte und sich als wirksam erwiesene Verfahren der zielgruppenspezifischen Mobilisierung werden in der Praxis nicht weitergeführt. Um in Zukunft in der individuellen Prävention einen stärkeren Indikations- und Zielgruppenbezug zu haben sollten die Krankenkassen, die in der Sozialversicherung über einen einzigartigen gesundheitsbezogenen Datenpool verfügen, diese verstärkt nutzen.

Eine Prävention insbesondere mit dem Ziel, Versicherte mit erhöhtem Gesundheitsrisiko und Versicherte unterer sozialer Schichten gezielt zu erreichen, ist aufgrund der geringen Versichertendichte zahlreicher Kassen in der Fläche sowohl bei der individuellen Prävention als auch im Setting-Ansatz nur gemeinsam möglich. Diesem steht jedoch der Wettbewerb der Krankenkassen entgegen, der einer zielgerichtete Umsetzung und Zusammenarbeit der Krankenkassen deutlich entgegensteht.

Hier sind gemeinsame und abgestimmte Konzepte erforderlich, mit z.B. verschiedene Zugangswege erprobt wird, Versicherte der o.g. vulnerablen Gruppen tatsächlich zu erreichen. Bislang sind diese Bestrebungen nicht hinreichend erkennbar. Gleiches gilt für den Einbezug von Kooperationspartner in diesem Feld. Wenig bis keine Kooperationen bestehen derzeit z.B. mit Wohlfahrtsverbänden, Sozialämtern, der Jugendsozialarbeit, Gesundheitsämtern und der Bundesanstalt für Arbeit.

Krankenkassen können aufgrund ihrer Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten – wie auch im Gesetz formuliert – jedoch allenfalls einen (kleinen) Beitrag zur Verringerung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit leisten. Soll deren Zunahme aufgehalten werden oder sogar eine generelle Verminderung erfolgen, ist eine sektorenübergreifende Präventionspolitik erforderlich, die neben den Bereichen Bildung, Arbeit und Verbraucherschutz auch die Gesundheitspolitik einschließt. Eine zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit ausgerichtete verbindliche Gesamtstrategie ist jedoch in Deutschland nur schwer zu erreichen (Rosenbrock 2002), zumal aufgrund der defizitären Haushaltslage derzeit eher Kürzungen bei sozial Benachteiligten vorgenommen werden (z.B. Arbeitslosenhilfe, Unterstützung von Nicht-Sesshaften, Integration von Migranten).

3.6.2 Weiterentwicklung der Prävention

Die Krankenkassen haben sich 2001 und 2002 erneut explizit für eine Stärkung der Prävention und eine übergreifende integrierte Präventionspolitik ausgesprochen (Stuppardt 2001, Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2002). Bemängelt wird das Fehlen einer orientierenden und mobilisierenden Kraft nationaler Gesundheitsziele mit hohem Verbindlichkeitsgrad (Sachverständigenrat 20001). Bei der derzeitig bestehenden Unschärfe in der Prioritätensetzung sind weder die zu verfolgenden Ziele noch die erforderlichen Umsetzungsaufgaben deutlich. Als Voraussetzung für die Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung wird die gesamtgesellschaftliche Definition nationaler Gesundheits- und Präventionsziele gesehen. Zu ihrer Umsetzung sind die von den verschiedenen Akteuren zu erfüllenden Aufgaben und Arbeitsschritte konkret zu benennen und Controllingmechanismen zu Überprüfung der Zielerreichung vorzusehen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände 2002).

Die Entstehung des Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung ist ein wichtiger Schritt. Auch wenn eine gemeinsame Arbeit mit allen Organisationen teilweise als schwierig gesehen wird, so macht doch eine Zusammenbindung der Akteure Sinn. Es besteht die Erwartung, dass durch hierdurch einiges in der Prävention vorangetrieben wird, z.B. die Vorbereitung eines Präventionsgesetzes und Eckpunkte für eine Gesundheitsreform. Das Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung wird als eine Basis beurteilt, die gehört werden muss. Als wichtig wird erachtet, dass Prävention aus dem politischen Randbereich herausgelöst wird und einen entsprechenden Stellenwert im Gesundheitswesen erhält. Das Forum Prävention und Gesundheitsförderung sollte v.a. auch zur Vorbereitung rechtlicher,

struktureller und inhaltlicher Reformen zur Stärkung der Prävention im Gesundheitswesen genutzt werden.

Inwieweit neue Organisationsstrukturen entwickelt werden müssen und zielführend sind, sollte nach Ansicht der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände (2002) geprüft werden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen stehen einer schnellen Gründung eines Forums skeptisch gegenüber, auch aus Befürchtung, dass das Stiftungskapital vor allem aus GKV-Mitteln bereit gestellt werden soll. Vor einer Gründung müssen auf jeden Fall verbindliche Finanzierungsanteile festgelegt werden (Stiphout 2002). Die Einrichtung einer neuen Organisation, z.B. einer Stiftung, wird nur dann als sinnvoll erachtet, wenn sie mehr für die Prävention tun könne, als es mit den bestehenden Einrichtungen möglich ist.

Als notwendig wird eine übergreifende integrierte Präventionspolitik mit entsprechender Zielorientierung und Kooperation gesehen. Eine konzertierte Präventionsstrategie muss dabei verschiedene Sozialversicherungsträger, Leistungserbringer und Akteure auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene einbeziehen. Für ein kooperatives und konzertiertes Vorgehen aller in der Prävention verantwortlichen Einrichtungen und Akteure könnte ein Nationaler Präventionsrat Sorge tragen (Chavet 2001).

Prävention stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die auch von verschiedenen Einrichtungen und Ressorts getragen werden muss. Stuppardt (2002) weist auf die Notwendigkeit einer übergreifenden Finanzierung der Prävention aus körperchaftlichen, staatlichen und privaten Quellen hin. Zur Mobilisierung finanzieller Ressourcen wird die Einbindung der Auto-, Tabak, und Alkoholindustrie sowie eine Beteiligung der privaten Krankenversicherung vorgeschlagen.

Die Spitzenverbände greifen auch die Forderung auf, Gesundheits- und Sozialverträglichkeitsprüfungen analog der Umweltverträglichkeitsprüfungen als verpflichtender Bestandteil von Planungsprozessen werden zu lassen, um eine Synthese von wirtschaftlichen Belangen und gesundheitlichen bzw. Lebensqualitätsaspekten zu erreichen.

Als wesentliches Hemmnis in Deutschland werden die Abgrenzungen und Einzelstrategien in der Politik gesehen. Hier ist eine übergreifende Zusammenarbeit zwischen allen Bundesministerien erforderlich. Als wichtig wird gesehen, das Thema Gesundheit in den Kontext Wirtschaft zu stellen, die Unternehmen und Menschen berührt. Begrüßenswert wäre ferner eine neue politische langfristige Initiative aus dem Bundestag heraus, z.B. „Gesundheit Deutschland für das Jahr 2020“.

3.6.3 Gesetzliche Einzeländerungen und übergreifendes Präventionsgesetz

Im folgenden wird dargelegt, inwieweit eine gesetzliche Einzeländerung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V erforderlich ist. Anschließend wird die Position der Krankenkassen und der befragten Experten zu einem übergreifenden Präventionsgesetz aufgezeigt.

3.6.3.1 Gesetzliche Einzeländerungen

Generell besteht ein breiter rechtlicher Rahmen der Krankenkassen zur Durchführung von Präventionsmaßnahmen.

Die Nennung eines Soll-Ausgabenbetrages pro Versicherten wird derzeit nicht als entscheidende Barriere gesehen, könnte sich aber bei langfristiger vermehrter Investition als solche herausstellen.

Als Mangel des geltenden § 20 Abs. 1 insbesondere zur Umsetzung der Verpflichtung, einen Beitrag zur Verminderung der Chancen der sozialen Ungleichheit zu leisten, ist der fehlende Hinweis auf den Einbezug anderer Akteure im kommunalen Bereich, da bei der Abfassung des Gesetzestextes der Bundesrat mit seinen Zuständigkeiten ausgeklammert werden sollte (Altgeld 2001). Hier sollte eine gesetzliche Ergänzung, ähnlich der gesetzlich verfügten Kooperation im betrieblichen Bereich mit der Unfallversicherung oder in der Zahnprophylaxe, überlegt werden.

Lösungen zur Aufhebung des Wettbewerbs und der Förderung einer kassenartenübergreifenden Kooperation in der Prävention werden vor allem in einer Ausgliederung des § 20 SGB V aus dem Kassenwettbewerb gesehen. Umgesetzt werden könnte die Gemeinschaftsaufgabe in Form von Vereinbarungen auf Landes- oder Spitzenebene (Rosenbrock 2001). Die Kooperation der Krankenkassen untereinander, die über die Leitfadententwicklung hinaus sich auf gemeinsame Angebote beziehen sollte, sollte gesetzlich festgelegt werden. Gesetzliche Vorgaben zur Kooperation werden als förderlich angesehen, wobei die Bereitschaft, Ausstattung der Einrichtungen und die zur Verfügung gestellten Budgetmittel für ihre Ausgestaltung entscheidend sind.

3.6.3.2 Übergreifendes Präventionsgesetz

Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen in ihren Vorstellungen zur Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland eine Harmonisierung und Verzahnung der Bundes- und landesgesetzlichen Bestimmungen zur Prävention (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2002). Hier sollte geprüft werden, inwieweit über eine einheitliche normative Plattform zur Koordination, Kooperation und Konvergenz eine einheitliche Präventionspraxis entstehen könnte. Dabei sollten auch Regelungen für den Datenschutz einbezogen werden. Übergreifende Rahmenvereinbarungen, wie z.B. zur Zusammenarbeit zwischen der Unfall- und der Krankenversicherung, liegen derzeit nur vereinzelt vor.

Ein übergreifendes Präventionsgesetz sollte vor allem dazu beitragen, das derzeitige unkoordinierte Vorgehen zu beseitigen. Aufgabenfelder und Verantwortung verschiedener Akteure müssten festgelegt werden. Ob es allerdings tatsächlich gelingt, ein einheitliches Präventionsleistungsgesetz zu erstellen, wird mit Skepsis betrachtet. Als einfacher wird die Ausgestaltung eines Rahmengesetzes eingeschätzt. Hier gilt es dafür Sorge zu tragen, dass die als problematisch eingestufte, aber notwendige Einbindung der Länder tatsächlich erfolgt. Ein Rahmengesetz wird nicht zuletzt deshalb

für wichtig gehalten, damit sich wichtige Akteure im Gesundheitswesen, wie z.B. die Länder und der ÖGD nicht noch weiter aus der Prävention zurückziehen.

Die Aufgabe, zur Verminderung ungleicher Gesundheitschancen beizutragen sollten mehrere Akteure übernehmen und gesetzlich verankert werden.

Ein übergreifendes Präventionsgesetz wird politisch als wichtig geachtet, um Prävention als zentrales Thema herauszustellen. Das Gesetz sollte allerdings weniger eine Ansammlung der Einzelgesetze sein, als vielmehr Prävention und Gesundheitsförderung in einem umfassenden Sinne zusammenführen und mit der positiven Vision einer „Gesundheit für Alle“ zu verbinden.

4 Vorsorge und Früherkennung – SGB V

Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten i. S. des SGB V sind in Deutschland zentrale Elemente der Prävention. Bereits vor drei Jahrzehnten wurde die Vorsorge bei Schwangeren im Rahmen der Mutterschaftsleistungen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung gesetzlich verankert. Es folgten die Krebsfrüherkennungsprogramme sowie die Krankheitsfrüherkennung bei Kindern. Die Leistungen wurden in den Folgejahren modifiziert, erweitert und um die Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene auf Herz-Kreislauf-, Nieren- und Zuckerkrankheiten ergänzt.

Die Maßnahmen der Vorsorge und Früherkennung beziehen sich

- als „medizinische Vorsorgeleistungen“¹ als Impfleistungen auf die Verhütung von Infektionskrankheiten und Folgeschäden (Impfungen),
- im Sinne der primären oder der sekundären Prävention auf die Identifikation und medizinische Überprüfung insbesondere anamnestischer, klinisch-körperlicher, psychischer und sensorischer sowie biochemischer Befunde bzw. Risikofaktoren sowie eine frühzeitige Entdeckung vorklinischer Stadien durch Verwendung spezifischer Tests (z.B. „Check-up“, Krebsfrüherkennung), oder
- auf die Überwachung und Optimierung der Gesundheit der Versicherten und ihrer Entwicklung (z.B. Schwangerschaft, Kinder/ Jugendliche).

Hinzu kommen Screeningmaßnahmen, die im Rahmen der üblichen individuellen ärztlichen Krankenversorgung durchgeführt werden, wie z.B. routinemäßige Überprüfung des Blutdrucks sowie Blut- und Urintests. Damit wird das Problem der Abgrenzung zwischen formaler Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchung und Krankenbehandlung deutlich, das zu einer Unterschätzung der Inanspruchnahme der inhaltlichen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen in den offiziellen Statistiken führt (Borgers 1995).

Im vorliegenden Kapitel werden – ausgehend von den rechtlichen präventiven Regelungen – die Durchführung von Impfungen, Gesundheitsuntersuchungen („Check-up“), Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen für Schwangere und Untersuchungen zur Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen, bestehende Barrieren und – soweit möglich – ihre Wirksamkeit unter den gegebenen Rahmenbedingungen dargestellt. Abschließend erfolgt eine kurze Betrachtung zu Einstellungen von Ärzten in der Prävention, bevor ein Resümee aus den Darstellungen gezogen wird.

Grundlage des Kapitels bilden (1) eine *Analyse der Literatur*, (2) *schriftliche Stellungen* der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV, Berlin, Dr. Bernhard Gibis

¹ „Leistungen der medizinischen Vorsorge“ nach § 23 Abs. 1-8 sowie nach § 24 als ambulante oder stationäre Ermessensleistungen der Kassen i.S. der „Vorsorge“-Kuren für versicherte Erwachsene oder Kinder oder als Mutter-Kind-Kuren werden hier nicht berücksichtigt.

MPH) und des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ, Köln, Herr Eßer) sowie (3) telefonische *Interviews*. Vertiefende Gespräche wurden geführt mit Herrn Dr. Bernhard Gibis MPH, Leiter der Abteilung Qualitätssicherung, Prävention und Familienplanung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin, Herrn Stephan Eßer, Hauptgeschäftsführer des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte sowie mit Herrn Dr. Peter Allhoff, Leiter des Instituts für medizinische Forschungsberatung Allhoff & Selbmann (forberas) GmbH & Co KG, Werther. Darüber hinaus flossen Stellungnahmen und Interviews mit Experten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Dr. Helmut Ernst, Leiter des Gesundheitsamtes Main-Kinzig-Kreis, Dr. Burkhardt Jaeschke, Leiter des Gesundheits- und Umweltamtes, Bezirk Hamburg-Harburg) mit ein.

Informationen zur Inanspruchnahme der gesetzlichen Früherkennungsprogramme stellte Herr Dr. Lutz Altenhofen, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, zur Verfügung.

4.1 Gesetzliche Regelungen

Die Früherkennung von Krankheiten ist seit 1971 wesentlicher Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung (§ 73 SGB V, Abs. 2, Ziff. 3). Welchen Ansprüchen diese Leistungen der Früherkennung genügen müssen, regelt der Gesetzgeber im SGB V § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 sowie § 23 Abs. 1 Nr. 3, § 25 und § 26 SGB V. Voraussetzung für die Anerkennung von Früherkennungsuntersuchungen gemäß § 25 Abs. 3 SGB V ist, dass

- es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können,
- das Vor- oder Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,
- die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind und
- genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.

Diese Voraussetzungen lehnen sich an Kriterien an, die die WHO schon in den 60er Jahren für derartige Untersuchungen aufgestellt hat (Wilson, Jungner 1968).

Für Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (§ 26 Abs. 1 SGB V) gilt zusätzlich zu den Bedingungen des § 25 Abs. 3 SGB V, dass die Untersuchung zur Früherkennung Krankheiten betrifft, die die körperliche und geistige Entwicklung versicherter Kinder in nicht geringfügigem Maße gefährden.

Für Früherkennungsuntersuchungen gelten darüber hinaus die grundsätzlichen Anforderungen, die der Gesetzgeber an die gesetzliche Krankenversicherung formuliert hat. So sollen gemäß § 2 SGB V die Krankenkassen den Versicherten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zur Verfügung stellen, wobei Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizini-

schen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Ebenso müssen auch Früherkennungsleistungen nach § 12 Abs. 1 SGB V „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein“ und „dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Weitere rechtliche Regelungen zu Leistungen zur Vorsorge und Früherkennung (außer Verhütung von Zahnerkrankungen, s. Kap. 5) finden sich im SGB V § 23 „Medizinische Vorsorgeleistungen“, § 24 „Medizinische Vorsorge für Mütter“ und im 1989 eingeführten § 25 „Gesundheitsuntersuchungen“.

Bereits seit 1971 sind Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V) Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV. 1989 wurden sie um eine Untersuchung im Vorschulalter (U9) und 1997 (2. GKV Neuordnungsgesetz) um eine Untersuchung nach Vollendung des 10. Lebensjahres (U10 bzw. J1) erweitert.

Impfungen sind als Satzungsleistung der Kassen im § 23 SGB V vorgesehen.² Darüber hinaus sind sie Aufgabe der Länder. Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) werden von den Landesgesundheitsverwaltungen in Empfehlungen übernommen. Sie sind auch Grundlage der gesetzlich garantierten Entschädigungsregeln bei Auftreten eines Impfschadens (Meyer et al. 2002).

4.2 Organisation und Kooperationen

Die Inhalte der Maßnahmen, die Vertragsärzte Versicherten zur Impfung, Krankheitsfrüherkennung (Krebsfrüherkennung, Kinderuntersuchungen, Jugendgesundheitsuntersuchung, Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene) und der Schwangenvorsorge (im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinie) anbieten, werden in unterschiedlichen Gremien festgelegt. Impfleistungen werden auf regionaler Ebene durch die 24 Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen vereinbart (s. Kap. 4.3). Wesentliche Bedeutung hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, der in Richtlinien die im SGB V angesprochenen Maßnahmen für Kinder und Erwachsenen zur Früherkennung von Krankheiten festlegt.³

Neben den Leistungen der Krankenkasse werden auch von anderen Trägern wie dem öffentlichen Gesundheitsdienst, staatlichen Einrichtungen, Unternehmen, aber auch Apotheken, Optikern und Hörgeräteherstellern Vorsorgeuntersuchungen angeboten. Während die Untersuchungen der Krankenkassen auf freiwilliger Basis erfolgen, sind z.B. Jugendarbeitsschutz-, Musterungs- und Einstellungsuntersuchung Pflicht-

² Bis zur GKV-Gesundheitsreform 2000 waren sie im § 20 SGB V aufgeführt.

³ Maßgebliche Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien, Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinien, Kinder-Richtlinien, Krebsfrüherkennungs-Richtlinien, die Mutterschafts-Richtlinien.

untersuchungen. Einen lebensphasenbezogenen Überblick gibt die Tabelle 4-1. Die Untersuchungen erfolgen i.d.R. unkoordiniert neben- bzw. nacheinander, eine gemeinsame Bewertung und Betrachtung zur Vermeidung von Ineffizienz und Doppeluntersuchungen wird nicht vorgenommen (Borgers 1995).

Tabelle 4-1: Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung nach Lebensphasen (modifiziert nach Borgers 1995)

Phase	Lebensjahr/Alter	Untersuchungen
Schwangerschaft		S1 bis... S9 Schwangerenvorsorge
Geburt		U1 Neugeborenenuntersuchung
Säugling		U2 U3 U4 U5 U6 Kinderuntersuchung
	1	
Kleinkind	2 4 5	U7 U8 U9
Schulkind	6	Schuleingangsuntersuchung
Jugendlicher	14	U10/J1 Jugenduntersuchung Jugendarbeitsschutzuntersuchung Wehrpflichtuntersuchung
Junger Erwachsener	18	Soldaten- und Zivildienstuntersuchung Führerscheinuntersuchung (Sehtest) Einstellungsuntersuchung (Erwerbstätigkeit)
Mittleres Lebensalter	20 30 35 45 50	Krebsfrüherkennung (Cervix-Ca) (Frauen ab 20 Jahre jährlich) Brust-Krebs-Untersuchung (Frauen ab 30 jährlich) Hautkrebs (Frauen ab 30 jährlich) Gesundheitsuntersuchung (ab 35 zweijährlich) Hautkrebs (ab 45 Männer jährlich) Prostatakrebs (ab 45 jährlich) Darmkrebs (ab 50 jährlich)
Älterer Erwachsener	55 65	1. Koloskopie (ab 55 jährlich, alternativ: Okkultblut-Test alle 2 Jahre) 2. Koloskopie

Ebenso wenig bestehen fundierte Kooperationen in der Vorsorge und Früherkennung zwischen den Trägern der Pflegekassen, den Rentenversicherungen und den Krankenkassen. Bei letzteren wird von einigen befragten Experten der bestehende Wettbewerb als wesentliches Hindernis für gemeinsame und übergreifende Maßnahmen wahrgenommen. Kooperationen bestehen in der Kindervorsorge auch mit der Kinder- und Jugendhilfe sowie mit Schulen (Impfungen). Kooperationen zwischen dem ÖGD und den niedergelassenen Pädiatern werden dort als gut bezeichnet, wo hinreichende Ressourcen und funktionierende Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst bestehen. Ein wichtiger Partner in der Unfallprävention ist die Deutsche Verkehrswacht.

Insgesamt sind die Kooperationen jedoch sind vor allem abhängig vom Engagement einzelner Personen und erfolgen nicht systematisch.

4.3 Impfungen **(§ 23 SGB V, Infektionsschutzgesetz, Länderregelungen)**

Impfungen schützen vor schweren Infektionskrankheiten, vor möglichen Komplikationen auch bei Grundkrankheiten und in der Schwangerschaft vor Schäden beim ungeborenen Kind. Hohe Durchimpfungsraten können Infektionsketten unterbrechen und helfen einzelne Krankheitserreger regional oder flächendeckend zu eliminieren.

Deutschland weist im internationalen Vergleich unzureichende Impfraten auf. Das weltweite Wiederauftreten längst besiegt geglaubter Infektionskrankheiten zeigt die Bedeutung des Impfschutzes in einer Gesellschaft mit hoher Mobilität durch Reisen und Migration und der damit verbundenen Gefahr einer Einschleppung von Infektionskrankheiten (Robert Koch Institut 1999).

Die Mitgliedsländer der WHO in Europa haben sich eine Elimination von Poliomyelitis (Zertifizierung 2003) und Masern (Zertifizierung 2010) zum Ziel gesetzt. Weiterhin stehen Pertussis, Diphtherie, Hepatitis B und Röteln bis 2010 im Vordergrund.

4.3.1 Impfleistungen

Im Rahmen der medizinischen Vorsorgeleistungen sind im § 23 Abs. 9 SGB V Schutzimpfungen als Satzungsleistung der Krankenkassen vorgesehen. Damit stellen sie keine Pflicht- und Sicherstellungsleistung dar. Die sog. Reiseimpfungen und Impfungen auf Grund gesetzlicher Vorschriften (z.B. durch den Arbeitgeber) liegen ebenfalls nicht im Bereich der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen.

Nach dem 2001 in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist die Information und Aufklärung der Bevölkerung über die Gefahren übertragbarer Krankheiten und Möglichkeiten ihrer Verhütung eine öffentliche Aufgabe, für die die nach Landesrecht zuständigen Stellen verantwortlich sind (§ 3 IfSG). Gesundheitsämter und Gemeinschaftseinrichtungen (insbesondere für Säuglinge, Kinder und Jugendliche) sollen ebenso die betreuten Personen bzw. deren Sorgeberechtigte über die Bedeutung eines vollständigen, altersgemäßen Impfschutzes aufklären (§ 34 Abs. 10 IfSG). Verpflichtend ist bei Erstaufnahme in die erste Klasse die Erhebung des Impfstatus durch das Gesundheitsamt und die Übermittlung der anonymisierten und aggregierten Daten an das Robert Koch Institut (§ 34 IfSG). Die Erfassungen sollen dazu dienen zielgerichtete Aufklärungskampagnen durchzuführen.

Darüber hinaus können die Gesundheitsämter unentgeltlich Schutzimpfungen (oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe) gegen bestimmte übertragbare Krankheiten durchführen (§ 20 Abs. 5 IfSG). Ob der ÖGD darüber hinaus stärker mit eingebunden werden kann, ist ausschließlich Länderangelegenheit. Entsprechende Ländergesetze existieren bereits.

Nach § 20 (4) IfSG wird das BMGS ermächtigt, nach Anhörung der Ständigen Impfkommission und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass die Kosten für be-

stimmte Schutzimpfungen von den Trägern der Krankenversicherung getragen werden.⁴

Bei Krankheiten mit schweren Verlaufsformen und der Gefahr einer epidemischen Verbreitung kann das BMGS (durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates) die Teilnahme an Schutzimpfungen für bedrohte Bevölkerungsgruppen anordnen.

Die Wahrnehmung der öffentlichen Aufgaben eines ausreichenden Impfschutzes erfuhr in den alten Bundesländern in den 80er Jahren einen Wandel, der die heutige Situation in Gesamtdeutschland bestimmt (dabei schneiden die neuen Bundesländer aufgrund der längeren Vorgeschichte eines leistungsfähigen öffentlichen Gesundheitsdienstes bis heute in der Durchimpfungsqualität besser ab, s. Kap. 4.4.2).

Nachdem mit der bestehenden Impfstruktur allein durch den ÖGD eine notwendige Durchimpfung der Rötelnimpfung in den alten Bundesländern nicht mehr hinreichend gewährleistet werden konnte, beschlossen 1983 die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen freiwillige Vereinbarungen zur Durchführung der von den Landesgesundheitsbehörden öffentlich empfohlenen Impfungen zunächst subsidiär durch niedergelassene Ärzte. Der ÖGD zog sich in den Folgejahren zunehmend aufgrund der Finanzlage der Kommunen bzw. der Länder aus der Impfdurchführung zurück, „obwohl über den kommunalen Finanzausgleich zumindest in den Bundesländern mit einem kommunalen ÖGD – den Kommunen eine finanzielle pro-Kopf-Ausstattung von den Landesregierungen für die Aufgaben des ÖGD gezahlt wird“ (Windorfer 2002, S. 4). 85-90 % der Impfungen erfolgen durch die niedergelassenen Ärzte und 10-15 % durch die betriebsärztlichen Dienste und den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Robert Koch Institut 2000).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder vereinbarten mit den Krankenkassen regional gültige Verträge (eine Bundesvereinbarung, die früher im Bereich der Ersatzkassen bestand, existiert nicht mehr), die sich inhaltlich an den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) orientieren. Danach sind folgende Impfungen empfohlen: Diphtherie, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Haemophilus-influenza b-Infektion (Hib), Hepatitis A, Hepatitis B, Influenza (Virusgrippe), Masern, Meningokokken, Mumps, Pertussis (Keuchhusten), Pneumokokkeninfektionen, Poliomyelitis (Kinderlähmung), Röteln, Tetanus (Wundstarrkrampf), Tollwut, Varizellen (Windpocken).

Zum Umfang der Impfleistungen gehören (1) die Information über den Nutzen der Impfung, (2) Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen, (3) Empfehlungen über Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Impfung, (4) Aufklärung über Eintritt und Dauer der Schutzwirkung sowie über das Erfordernis von Wiederholungs- bzw. Auffrischimpfungen, (5) Erhebung der Impfanamnese einschließlich Befragung über das Vorliegen von Allergien, (6) Erfragen der aktuellen

⁴ Explizit werden nur bestimmte Schutzimpfungen aufgenommen, als Grundlage für eine generelle Kostentragungspflicht für die Krankenkassen ermächtigt der § 20 Abs. 4 IfSG nicht.

Befindlichkeit zum Ausschluss akuter Erkrankungen und (7) Eintrag der erfolgten Impfung im Impfpass bzw. Ausstellen einer Impfbescheinigung.

Allerdings besteht eine hohe regionale Varianz und Unterschiedlichkeit in der Vertragsgestaltung sowie eine Uneinheitlichkeit im Angebot. Z.T. bieten die Krankenkassen und die Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienst Impfdienstes an. Der Abschluss regionaler Verträge wird als unterschiedlich gut funktionierend beurteilt. Unter dem Eindruck der hohen Kosten u.a. der Hepatitis B Impfung kündigten die Krankenkassen in einigen Bundesländern in den vergangenen Jahren die freiwilligen Vereinbarungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Das derzeitige uneinheitliche und lückenhafte Vorgehen wird insgesamt der Notwendigkeit eines modernen und umfassenden Impfschutzes nicht gerecht.

4.3.2 Morbidität impfpräventabler Erkrankungen und Impfraten – Umsetzung der Empfehlungen

In den vergangenen Jahrzehnten nahm die Häufigkeit der Mortalität, der Morbidität und der stationären Aufenthalte bei impfpräventablen Erkrankungen wie z.B. Masern, Mumps, Röteln und Pertussis ab. Anders sieht es bei Hepatitis B aus, wo ein Rückgang der Mortalität und Gesamtmorbidität kaum erfolgte. Allerdings sind aufgrund der seit 1995 von der STIKO empfohlenen Impfungen bei Säuglingen und einer (nur unzureichend umgesetzten) Nachholung bis zum 18. Lebensjahr ein Rückgang der Erkrankungen bei unter 15-Jährigen zu verzeichnen (Meyer et al. 2002).

Systematisch und flächendeckend erhobene Daten zur Morbidität von Masern liegen erst seit der Etablierung eines Sentinels der Arbeitsgemeinschaft Masern (AGM) Ende 1999 und der Einführung des Infektionsschutzgesetz (IfSG) 2001 vor. Die Morbidität beträgt im Jahr 2001 7,3 (bundesweit) bzw. 13,8 (AGM-Schätzung) Erkrankungen pro 100.000 Einwohner, wobei starke regionale Schwankungen mit z.T. recht hohem Niveau (Bayern: 18 Masernfälle pro 100.000 Einwohner) und örtlichen bzw. regionalen Ausbrüchen in Schulen und Gemeinschaftseinrichtungen zu verzeichnen sind.⁵ Positiv hervorzuheben sind die neuen Bundesländer mit nur sporadischen Masernfällen, die dem angestrebten Ziel der Eliminierung nahe kommen. Als bestimmender Faktor gelten die örtlichen Impfraten (Robert Koch Institut 2002).

Eine Impfpflicht für Kinder erfolgte erstmals durch die STIKO 1973. Mit Einführung des Kombinationsimpfstoffs für Masern, Mumps und Röteln (MMR) 1980 stiegen die Impfraten erheblich an. Damit einher ging ein deutlicher Rückgang der Masernmorbidität. Bei den Einschulungsuntersuchungen 2001 wiesen 91 % der Kinder⁶ eine Impfung gegen Masern auf (s. auch Tabelle 4-2). Die empfohlene Zweit-

⁵ Die Meldedaten spiegeln das Krankheitsgeschehen aufgrund von methodischer Untererfassung, Konsultations- und Diagnosewahrscheinlichkeit, unterschiedlicher Meldebereitschaft und Zugang zum Versorgungssystem allerdings nur unvollständig wider. Eine labordiagnostische Klärung der klinischen Masernverdachtsfälle, die bei weiter abnehmender Morbidität immer wichtiger wird, erfolgt derzeit in 40 % der Fälle nur unzureichend (Meyer et al. 2002).

⁶ Die Angaben beziehen sich jeweils auf Kinder mit vorliegendem Impfausweis.

impfung⁷ zur maximalen Sicherung einer Immunität liegt jedoch lediglich bei 23 % der Kinder vor (alte Bundesländer: 21 %, neue: 42 %). Diese Impfraten reichen für die anvisierte Eliminierung von Masern in Deutschland nicht aus. Damit die noch ungeimpften – und aufgrund der abnehmenden natürlichen subklinischen Boosterung der Mütter und des infolge ihrer geringeren Antikörperspiegels einem verkürzten Netzschutz ausgesetzten – Säuglinge von einer Herdimmunität profitieren, ist eine frühe Impfung der Kinder besonders wichtig (Robert Koch Institut 2002).

Erkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter stellen aufgrund der damit verbundenen erhöhten Komplikationsraten ein Problem dar. Ähnliches gilt für Mumps, wo eine Verschiebung der Erkrankungen in höhere Altersgruppen deutlich wird.

Die Impfraten gegen Röteln lagen in den Schuleingangsuntersuchungen 2001 in den alten Bundesländern bei 84 % und in den neuen Bundesländern bei 95 % (Zweitimpfung bundesweit: knapp 22 %; s. auch Tabelle 4-2). Im Vergleich zu Masern und Mumps ist die Akzeptanz der Rötelnimpfung bei Eltern und Ärzten geringer. Häufig erfolgt bei Mädchen eine Verschiebung in die Vorpubertät und unterbleibt bei Jungen. Es wird von einem erheblichen Potenzial an Empfänglichen ausgegangen. Nach dem Bundes-Gesundheitssurvey (1998) weisen fast 5 % der 17-35-jährigen Frauen Immunitätslücken gegen Röteln auf (Robert Koch Institut 2002).

Zur Umsetzung der internationalen Empfehlungen in Deutschland wurde ein nationales Interventionsprogramm „Masern, Mumps, Röteln“ initiiert (Oppermann 2001). Letzteres beinhaltet u.a. eine Aufklärung der Bevölkerung und professionenbezogene Fortbildungen. Die Umsetzung erfolgt jedoch sehr heterogen und in deutlich unterschiedlicher Intensität, geprägt von den Rahmenbedingungen, den bestehenden Kooperationen und dem Engagement der Beteiligten. Kritisch wird eine Konzentration auf drei Impfungen bewertet, da dadurch die Bedeutung weiterer Impfbereiche insbesondere auch im Erwachsenenalter in der öffentlichen Wahrnehmung beschränkt wird.

Tabelle 4-21: Durchimpfungsraten und Spannweiten in Prozent der vorgelegten Impfausweise bei Schuleintritt 1999-2001 (n=623.279, 14 Bundesländer), IPV=inaktivierte Polio-Vakzine (Meyer et al. 2002, S. 327)

	Gesamt	Spannweite (Range)	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Diphtherie	96,9%	92,9%-98,5%	97,0%	95,2%
Tetanus	97,0%	93,0%-98,6%	97,2%	95,3%
Pertussis	73,8%	53,3%-91,6%	71,9%	88,6%
Hib	81,3%	74,9%-90,9%	80,9%	84,9%
IPV	95,5%	94,0%-97,3%	95,5%	96,0%
Hepatitis B	37,2%	9,9%-61,8%	39,0%	27,0%
Masern	90,2%	86,2%-96,2%	89,7%	94,2%
Mumps	89,8%	83,0%-95,9%	89,3%	93,7%
Röteln	83,3%	54,0%-95,1%	82,1%	93,1%

⁷ Seit 2001 empfiehlt die STIKO eine Zweitimpfung bereits im Alter von 15-23 Monaten, vier Wochen nach der ersten Impfung.

Als positiv werden die gegenwärtigen Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen von über 90 % gegen Poliomyelitis bewertet. Sie gilt es auch weiterhin aufrechtzuerhalten. Für den Impfschutz wichtig ist eine Auffrischung zwischen 9 und 17 Jahren (Robert Koch Institut 2002).

Die Impfquoten gegen Pertussis stiegen mit dem vermehrten Einsatz von Kombinationsimpfstoffen seit 1995 sehr deutlich an und betragen in den Schuleingangsuntersuchungen 2000/2001 83 % (1996: bundesweit 34 %). Allerdings gewähren sie noch keine ausreichende Populationsimmunität. Ein Problem stellt vor allem die sehr späte Impfung und die geringe Grundimmunität bei Kleinkindern (nach repräsentativer Studie: 7 Monate 50 %) dar. Nach der Wiedervereinigung zeigte sich in den östlichen Bundesländern eine zunächst nachlassende Impfmunität, die zu einer Verschiebung der Erkrankungen in das Jugend- und Erwachsenenalter führte. Zur Reduktion der Erkrankungshäufigkeit im Jugend- und (jungen) Erwachsenenalter wird seit 2000 von der STIKO eine Auffrischungsimpfung im Jugendalter empfohlen, die allerdings noch nicht in dem erwarteten Umfang erfolgt. Als eine Ursache wird die z.T. zögernde Haltung der Krankenkassen bei der Kostenerstattung gesehen (Robert Koch Institut 2002).

Die seit 1990 empfohlene Impfung gegen *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) führte zu einem deutlichen Rückgang der Meningitiserkrankungen in den vergangenen zehn Jahren (Meyer et al. 2002).

Eine Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), deren Inzidenz ab einem Alter von 30 Jahren deutlich ansteigt, wird vor allem in den Risikogebieten Bayern und Baden-Württemberg empfohlen, auf die 2001 fast 90 % der gemeldeten 254 FSME-Fälle entfielen (Robert Koch Institut 2002).

Im Erwachsenenalter bestehen große Impflücken z.B. gegen Tetanus (nach dem Bundesgesundheits-Survey (1998) haben nur 63 % der befragten Erwachsenen eine Auffrischungsimpfung gegen Tetanus erhalten), Diphtherie (eine sächsische Studie zeigt Immunitätslücken bei 40-50-Jährigen von einem Drittel) und Pertussis. Als unzureichend gelten auch Indikationsimpfungen für Risikogruppen wie Ältere und Hochbetagte (Pneumokokken, Influenza über 69-Jährige nach Bundesgesundheits-Survey 1998: 36 %), Beschäftigte im Gesundheitswesen (z.B. Influenza) und gesundheitlich Beeinträchtigte (z.B. Influenza bei Diabetikern) (Meyer et al. 2002, Oppermann 2001, Robert Koch Institut 2000).

Eine Problemgruppe stellen Kinder ausländischer und sozial benachteiligter Familien dar, bei denen die Durchimpfungsrate zwischen 30 und 70 % beträgt. Als Ursachen werden Unkenntnis des Versorgungssystems und das Fehlen einer aufsuchenden Versorgung gesehen (Windorfer 2002, Sachverständigenrat 2001).

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung werden von Ärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes die Durchimpfungsraten von allen Kindern – sofern die Impfbücher vorliegen – dokumentiert. I.d.R. wird jedoch nur eine Impfempfehlung gegeben.

Effektiver wäre eine Nachholung ausstehender Impfungen vor Ort (Kries, Voss 1998).

Lediglich in einigen Bundesländern (Brandenburg, Schleswig-Holstein) werden in Kindergärten Informationen gegeben und Impfungen angeboten. Nach der 1999 neu gefassten Landesverordnung für Kindertagesordnungen in Schleswig-Holstein ist nicht nur eine ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme in Kindertageseinrichtungen erforderlich, sondern zugleich erhält die Einrichtung eine Aussage über den bestehenden Impfschutz der Kinder. Eine kreisbezogene Auswertung soll den Ärzten im Ärzteblatt, lokalen Zirkeln und Fortbildungsveranstaltungen rückgekoppelt werden. Bei Eltern, Erziehern und Ärzten soll auf diese Weise die Sensibilität erhöht und die Durchimpfungsrate gefördert werden (Robert Koch Institut 2002b).

Für die Gruppe der schwieriger zu erreichenden Jugendlichen wurden in einigen Bundesländern wie z.B. Schleswig-Holstein und Hamburg Kooperationen zwischen den Krankenkassen, der Landesregierung und dem ÖGD zur Durchführung von Impfungen in Schulen vereinbart. Während teilweise ein gemeinsames Finanzierungskonzept getragen wird, besteht in einigen Bundesländern ein Dissens zwischen den Krankenkassen und den Kommunen hinsichtlich der Kostenübernahme. Konzepte zur Evaluation der Ansätze liegen nicht vor (Windorfer 2002).

Die Impfstoffkosten betragen derzeit ca. 5 EUR/Versicherten/Jahr. Für eine flächendeckende Umsetzung der STIKO-Empfehlungen wird der erforderliche Betrag auf ca. 10 EUR geschätzt (Robert Koch Institut 2000).

Eine systematische Aufforderung zum Impfen erfolgt seitens der Krankenkassen flächendeckend nicht. Hinweise werden eher unsystematisch in Mitglieiderzeitschriften gegeben. Von einzelnen befragten Experten werden teilweise bestehende Widersprüche in Informationsbroschüren sowie nicht aktuelle Informationen bemängelt.

Auch durch die Ärzte findet keine systematische Ansprache z.B. in Form von Anschreiben statt. Impfungen erfolgen i.d.R. eher nach dem System eines Casefindings und eines Angebots für interessierte Patienten. Frühere Erfahrungen mit Recall-Modellen in Arztpraxen in Deutschland zeigten zwar Erfolge, gelten jedoch zugleich als aufwändig und teuer.

4.3.2.1 Daten zum Impfstatus

Eine Voraussetzung für eine effektive und gezielte Bekämpfung impfpräventabler Erkrankungen ist die Erfassung von Durchimpfungsraten. In Deutschland liegen derzeit keine Daten zu den Durchimpfungsraten bis zum Ende des zweiten Lebensjahres vor, die von der WHO und EU als Qualitätsindikator für die Umsetzung von Impfprogrammen für Säuglinge und Kleinkinder gelten. Diese Lücke soll zukünftig durch den Kinder- und Jugendsurvey mit geschlossen werden. Für eine gezielte regionale Steuerung gelten die Daten jedoch noch nicht als optimal (Kurth 2002, Meyer et al. 2002).

Das 2001 eingeführte Infektionsschutzgesetz (IfSG) trug mit der verbindlichen Erhebung des Impfstatus bei Schuleintritt und der Übermittlung der zusammengefassten und anonymisierten Daten an das Robert-Koch-Institut (§ 34 Abs. 11 IfSG) wesentlich zu einem ersten Überblick über die gegenwärtigen Durchimpfungsraten bei Kindern bei. Für Jugendliche, Erwachsene und Ältere liegen – abgesehen von einzelnen Studien und subjektiven Daten des Bundes-Gesundheitssurveys – bevölkerungsbezogene Daten nicht vor (Meyer et al. 2002, Oppermann 2001). Auch systematische und verlässlich nutzbare Routinedaten der ärztlichen Versorgungen bestehen nicht, durchgeführte Impfungen werden nicht zentral dokumentiert.

Bei den impfpräventablen Erkrankungen Pertussis, Mumps und Röteln wurde die in der DDR bestehende Meldepflicht in den östlichen Bundesländern beibehalten. Daten für Gesamtdeutschland liegen hierzu nur aus der Hospitalstatistik vor.

Für bevölkerungsbezogene Impfreister sind derzeit in zwei Bundesländern gesetzliche Grundlagen und Bemühungen zu verzeichnen.

4.3.2.2 Barrieren

Barrieren bei der Umsetzung der Impfeempfehlungen beziehen sich sowohl auf strukturelle Defizite, Defizite in Kostenregelungen als auch auf eine zu geringe Nutzerorientierung sowie fehlende systematische zielgruppenadäquate Zugangswege und Maßnahmen. Hinzu kommt eine geringe Motivation bei den beteiligten Professionen.

Für die Finanzierung der empfohlenen Impfungen des gesetzlich vorgesehenen Expertengremiums STIKO wurden keine verpflichtenden Grundlagen für die Kostenträger geschaffen. Als Satzungsleistung bleibt die Finanzierung der Impfungen der Beliebigkeit der Krankenkassen überlassen. Auch wenn die Kosten für die allgemein empfohlenen Impfungen i.d.R. von ihnen (bzw. bei Notwendigkeit aufgrund des Arbeitsplatzes vom Arbeitsgeber) übernommen werden, werden teilweise zögerliche Haltungen der Krankenkassen als Hindernis bei der Durchimpfung gesehen (Robert Koch Institut 2002, Windorfer 2002).

Windorfer (2002) bemängelt sowohl ein fehlendes Interesse der Gesundheitspolitik und der Ärzteschaft als auch fehlende finanzielle und organisatorische Rahmenbedingungen, um die angestrebten Ziele der Eliminierung von Poliomyelitis und Masern in angemessener Zeit zu erreichen. Zumindest theoretisch ist es den Krankenkassen untersagt, die gesundheitspolitischen Ziele der Bundesregierung finanziell zu unterstützen.

Eine wesentliche Barriere auf Seiten der Ärzte wird in der geringen Honorierung für Impfleistungen gesehen. In einigen Regionen beträgt diese nur rund 6 EUR für eine

Sechsfachimpfung (Schmitt 2002). Neben der dadurch bedingten geringen Motivation gilt auch die Ausbildung im Medizinstudium als unzureichend.⁸

Barrieren in der Bevölkerung sind die Wahrnehmung der relativ geringen Morbidität von Infektionskrankheiten in Deutschland als selbstverständlich, ein fehlendes Bewusstsein über mögliche Komplikationen der Erkrankungen sowie ein mangelndes Wissen über die Wirkungsweise, die Wirksamkeit und den Nutzen von Impfungen. Seltene Nebenwirkungen rücken – teilweise forciert von Impfgegnern – in den Vordergrund⁹, falsch verstandene Kontraindikationen sowie unwissenschaftliche und undifferenzierte Berichte in den Medien sowie Rechtsunsicherheit (i.d.R. Nicht-Ermittlung bei schweren Komplikationen oder Todesfällen durch impfpräventable Krankheiten) und eine teilweise stigmatisierende Etikettierung (Hepatitis B) tragen zur geringen Wertschätzung von Impfungen bei (Meyer et al. 2002, Schmitt 2002).

4.3.2.3 Maßnahmen zur Förderung der Inanspruchnahme

Vorrangige Aufgabe ist es, frühzeitig eine hohe Durchimpfungsrate bei Kindern zu erreichen, wobei vor allem die Zielgruppe der Kinder von ausländischen und sozial benachteiligten Eltern verstärkt einbezogen werden muss. Darüber hinaus ist eine Intensivierung der Auffrischungsimpfungen im Jugend- und Erwachsenenalter erforderlich. Wichtig ist es, auch bei einer Nullinzidenz (wie in Deutschland seit 1991 durch Polio-Wildtypviren und seit 2000 für Diphtherie) eine hohe Impfbereitschaft der Bevölkerung zu sichern, um einen ausreichenden Populationsschutz zu gewährleisten.

Eine Schlüsselrolle kommt der Akzeptanz der Impfungen durch die Bevölkerung zu. Zentral ist die Vermittlung des individuellen und gesellschaftlichen Nutzens sowie eine Auseinandersetzung mit Impftrisiken. Zur Aufbereitung und Verbreitung sind Methoden des Social Marketing und eine konzertierte Aktion aller in der Impfinformation beteiligten Einrichtungen (z.B. BZgA, Deutsches Grünes Kreuz, Bundesvereinigung für Gesundheit, Krankenkassen, ÖGD) erforderlich. Diese sollte sich auf eine allgemeine Erhöhung der Impfraten beziehen und sich nicht auf ausgewählte Impfungen konzentrieren. Neben einer bevölkerungsweiten Strategie, für die außer bei Tetanus, Polio, Haemophilus influenzae Typ B und Hepatitis B vorliegende ökonomische Bewertungen sprechen (Sachverständigenrat 2001), sind zielgruppenspezifische Maßnahmen notwendig.

Das Robert Koch Institut (RKI 1999) fordert zur Erhöhung der Impfbereitschaft und zur Steigerung der Durchimpfungsraten in einem „10-Punkte-Programm“ ein nationales Impfprogramm zur Beseitigung von Infektionskrankheiten, in das alle relevanten Institutionen auf Bundes- und Länderebene mit einer verbindlichen Aufgabenübernahme aktiv beteiligt werden sowie Ziele, Umsetzungsschritte und eine Erfolgs-

⁸ Ärzte dürfen nach Nachweis eines Fortbildungszertifikats Schutzimpfungen vornehmen.

⁹ Die Zahl der absoluten Impfgegner wird auf unter 2 % geschätzt, der Anteil eher skeptischer Eltern auf 10 % (Robert Koch Institut 2000).

kontrolle festgelegt werden. Voraussetzung ist ein politischer Konsens über die Bedeutung und Notwendigkeit von Impfungen bei allen Beteiligten im Gesundheitssystem (Ärzte, Krankenkassen, Gesetzgeber).

Die von der STIKO empfohlenen Inlandsimpfungen sollten nicht im Ermessen der Krankenkassen liegen, sondern eine Pflichtleistung werden und ihre Kostenübernahme einheitlich geregelt sein. Zur Senkung der Impfstoffkosten schlägt das RKI (1999) eine wirtschaftliche Verordnung von Großpackungen und einen einheitlichen Bezug über alle Kassenarten über Sprechstundenbedarf vor sowie eine Entlastung der Impfstoffkosten durch Änderung des Mehrwertsteuersatzes wie z.T. im europäischen Ausland.

Zur Erhöhung der Impfmotivation der Ärzte ist eine bessere Vergütung der Impfleistung und -beratung erforderlich. Empfohlen wird die Herausnahme von Impfleistungen aus jeglicher Budgetierung. Eine extrabudgetäre Vergütung wird z.B. von KV Nordrhein angestrebt. In der Diskussion ist derzeit, durch neue Vergütungsanreize im EbM 2000+ das Impfen derart zu fördern, dass für eine komplette Impfung eine höhere Vergütung erfolgt als für Teilimpfungen.

Darüber hinaus wird eine Intensivierung der ärztlichen Ausbildung und eine Qualitätssicherung durch eine Zertifizierung über Impffortbildungen gefordert (Robert Koch Institut 1999). Zudem ist eine entsprechende Motivierung, Qualifizierung und Einbindung weiterer Professionen wie z.B. Hebammen, Pflegekräften, Erzieher, Lehrer und Sozialarbeiter erforderlich.

Generell sollte jeder Arzt-Patienten-Kontakt und alle Vorsorgeuntersuchungen zur Überprüfung des Impfschutzes und zur Durchführung und Auffrischung der empfohlenen Impfungen genutzt werden. Die U7-Untersuchungen sowie J1 sollten nur dann als vollständig gelten, wenn die Impfberatung tatsächlich eingeschlossen ist (Robert Koch Institut 1999).

Zur Optimierung der Inanspruchnahme werden in der ärztlichen Versorgung Recallsysteme für Auffrischimpfungen als hilfreich erachtet. Bislang werden diese nur von engagierten Einzelpraxen durchgeführt.¹⁰ Die Krankenkassen sollten durch gezielte Anschreiben an nach Alter und ggf. Krankheiten definierter Versichertengruppen, die Bereitschaft zur Impfung ihrerseits unterstützen. Ein an den Versicherungsbeitrag gekoppeltes Bonussystem ist zu diskutieren.

Zur Gewährleistung einer hohen Durchimpfungsrate sollten die Empfehlungen der STIKO einheitlich durch die Länder übernommen werden; bislang erfolgt die Umsetzung sehr heterogen. Als wesentlich wird eine Stärkung des ÖGD angesehen, um auf kommunaler Ebene Bevölkerungsgruppen zu erreichen, die die ambulante Versorgung nicht in Anspruch nehmen.

¹⁰ Aufgrund des Wettbewerbsverbots dürfen Aufforderungen zwar gezielt versandt, müssen aber im Hinblick auf den aufzusuchenden Arzt allgemein gehalten werden.

Ein gutes Beispiel sowohl für eine institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten, den Ländern/ÖGD und den Krankenkassen als auch für die Durchführung aufsuchender Maßnahmen ist die Gruppenprophylaxe zur Verbesserung der Zahngesundheit in Kindergärten und Schulen (s. Kap. 5). Ähnliche Vereinbarungen bestehen derzeit im Bereich Impfen nur vereinzelt. Bemängelt wird, dass Schuluntersuchungen nur fakultativ sind. Um eine flächendeckende Versorgung zu erreichen, sollte überlegt werden, inwieweit über eine Anbindung an bereits bestehende Maßnahmen der aufsuchenden Gruppenprophylaxe zur Mundgesundheit Synergieeffekte genutzt werden könnten. Darüber hinaus ist eine (Re-)Aktivierung der Kindergarten-Eintrittsuntersuchung für die Impfberatung und Impfung (wie sie derzeit in Schleswig-Holstein erfolgt) sinnvoll.

Für die Schließung von Impflücken im Erwachsenenalter schlägt das RKI (1999) eine Aktivierung von betriebs- und gewerbeärztlichen Diensten und eine systematische Integration der Impfaufklärung in die betrieblichen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung vor.

4.4 Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V)

In den § 25 SGB V – Gesundheitsuntersuchungen – sind sowohl der sog. Check-up 35 als auch Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung eingebunden. Im Vordergrund der folgenden Ausführungen stehen ihre Inanspruchnahme und (insbesondere organisatorische) Defizite in der Umsetzung.

4.4.1 „Check up 35“

1989 wurden mit dem § 25 Abs. 1 SGB V Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Herz-Kreislauf-, Nierenerkrankungen sowie Diabetes mellitus und der jeweils relevanten Risikofaktoren gesetzlich eingeführt. Da keine ex ante Evaluation erfolgte, verpflichtete der Gesetzgeber die Bundesregierung zu einer nachträglichen Evaluation.

Aufgrund seiner Unspezifität und eines unproduktiven Konsums medizinischer Diagnostik (Borgers 1995) wurde der „Check-up 35“ für Erwachsene ab dem vollendeten 35. Lebensjahr als ineffektives Instrument bereits vor seiner Einführung von wissenschaftlicher Seite kritisiert (Schwartz 1992). Inzwischen wurden einige Revisionen vorgenommen.

4.4.1.1 Maßnahmen

Die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gem. § 25 Abs. 4 Satz 2 in Verbindung mit § 92 Abs. 1 und 4 SGB V beschlossenen Richtlinien bestimmen das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 25 Abs. 1 und 3 SGB V entsprechende ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten.

Die nach diesen Richtlinien durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen bei Frauen und Männern vom 36. Lebensjahr an dienen der Früherkennung solcher häufig auftretenden Krankheiten, die wirksam behandelt werden können und deren Vor- oder Frühstadium durch geeignete diagnostische Maßnahmen erfassbar ist.

Der Inhalt der Gesundheitsuntersuchung umfasst die Anamnese (Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils), die klinische Untersuchung (Ganzkörperstatus) und folgende Laboratoriumsuntersuchungen: Bestimmung des Gesamtcholesterins und der Glukose aus dem Blut und Untersuchungen aus dem Urin auf Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit.

Nach Abschluss der erfolgten Gesundheitsuntersuchung hat der Arzt den Versicherten über das Ergebnis der durchgeführten Gesundheitsuntersuchung zu informieren und mit ihm die möglichen Auswirkungen im Hinblick auf die weitere Lebensgestaltung zu erörtern. Ganz besonders ist hierzu auf die Notwendigkeit einer regelmäßigen Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungs-Untersuchung hinzuweisen und den Versicherten hierzu zu motivieren.

Im Ergebnis der durchgeführten Gesundheitsuntersuchungen soll der Arzt dafür Sorge tragen, dass bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Krankheit diese Fälle im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und gegebenenfalls Therapie zugeführt werden.

4.4.1.2 Inanspruchnahme und Outcome

Die Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchung stieg – bei annähernd gleicher Geschlechterverteilung – seit der Einführung von knapp 10 % auf derzeit 20 % an (s. Abb. 4-1), wobei diese Leistung vor allem über 55-Jährigen zu Gute kommt (s. Abb. 4-2). Nach subjektiven Daten des Gesundheitssurveys Nordrhein-Westfalen bestehen keine soziökonomischen Schichtunterschiede in der Inanspruchnahme (Richter, Brand, Rössler 2002).

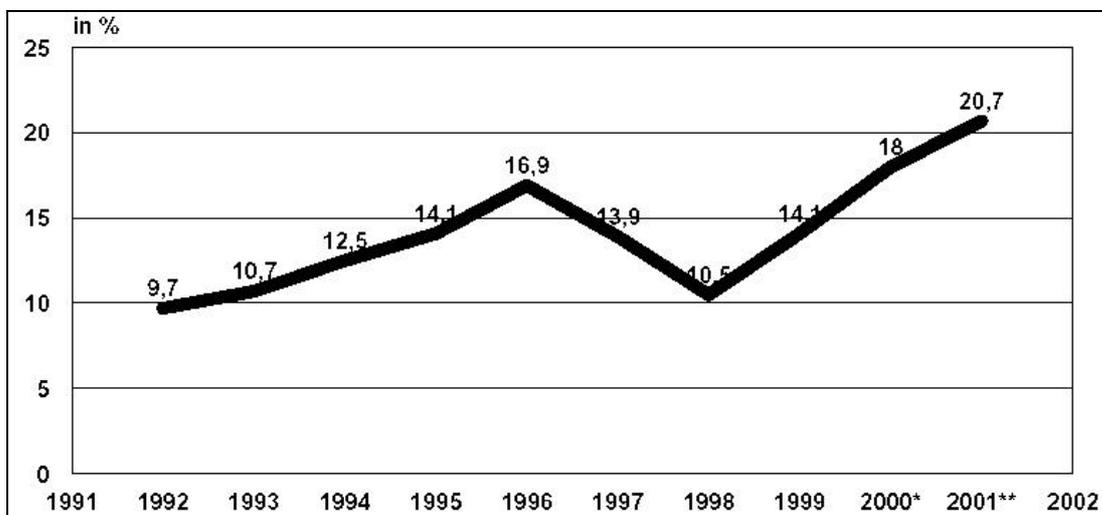


Abb. 4-1: Teilnahme an der Gesundheitsuntersuchung seit 1992 (adjustiert auf pro Jahr Berechtigte; *: seit dem Jahr 2000 Zahl abgerechneter Leistungen als Basis, **: vorläufiges Ergebnis) (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2002)

Gesundheitschecks werden nach Angaben der befragten Experten aktiv von den Ärzten ihren, aus verschiedensten, meist anderweitigen Gründen die Praxis aufsuchenden Patienten angeboten und durchgeführt, da sie auch extrabudgetär bezahlt werden. Dennoch ist dies methodisch eher ein „Casefinding“ und kein aktives und flächendeckendes Einladungssystem. Auch die Krankenkassen, die nach Aussagen einiger befragter Experten nur wenig Interesse an der Gesundheitsuntersuchung haben, führen keine aktiven Einladungen und systematische Informationen der Versicherten durch.

Eine 1993 durchgeführte Erhebung in 11 Praxen mit 1.065 Patienten zeigt, dass vor allem Patienten, die häufig eine Praxis konsultieren, teilnehmen. Überwiegend wurden bekannte Diagnosen bestätigt, Hypertonie wurde bei 5 % und Hyperlipidämie bei 17 % der Patienten entdeckt (Donner-Banzhoff, Sadowski, Baum 1995).

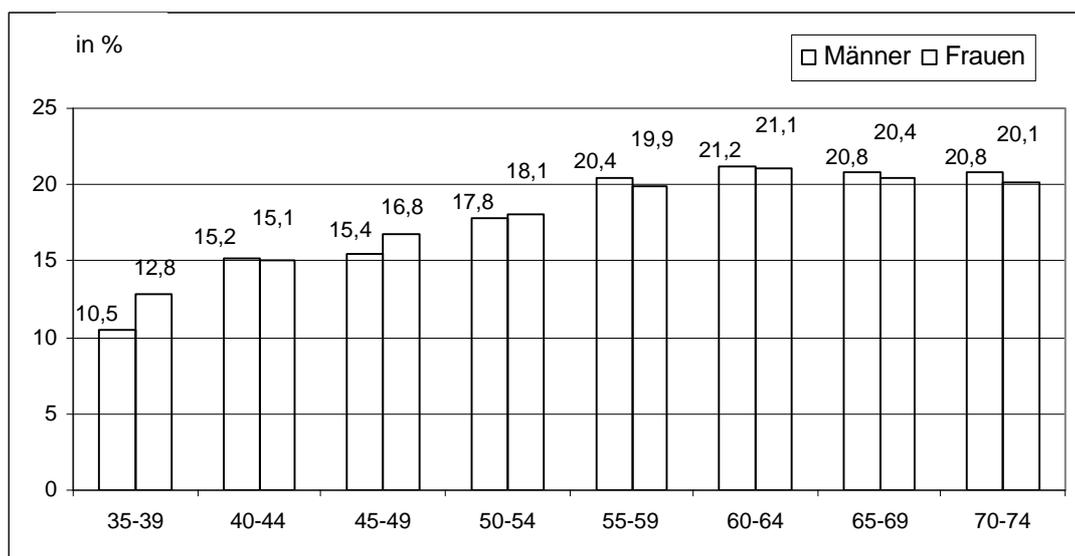


Abb. 4-2: Teilnahme an der Gesundheitsuntersuchung nach Geschlecht im Jahr 2001, Angaben in Prozent (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2002)

Als positiv wird eine Wirkung in der Konfrontation des Patienten mit seiner Gesundheit und Lebensweise sowie in der Information über einige seiner Gesundheitsdaten gesehen.

Eine randomisierte Studie in Mittelhessen und Thüringen 1995/96 (120 Praxen, 550 Patienten) verglich gesundheitliche Outcomes von 35-64-jährigen Teilnehmern bei Ärzten, die eine ganztägige praxisorientierte Schulung zu Beratungsstrategien absolvierten mit Teilnehmern bei Ärzten ohne eine derartige Intervention. Nach einem Jahr zeigten alle Check-up-Teilnehmer eine Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustands und des Wohlbefindens; insbesondere Risikofaktorträger (die nachfolgende Beratungen erhielten) wiesen eine subjektive Verbesserung des Gesundheits-

zustands auf. Ein zusätzlicher Nutzen der Schulung konnte nicht nachgewiesen werden (Baum et al. 1999).

Beide Evaluationen können keine befriedigenden Aussagen über die Durchführung, den Erkenntnisgewinn und die Effektivität der Maßnahme machen.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) führt derzeit eine Begleituntersuchung zur Gesundheitsuntersuchung durch. Ziel ist es u.a. die Rate unentdeckter Fälle aufzuzeigen und die bislang unbekanntes ärztlichen Handlungen aus der Gesundheitsuntersuchung zu ermitteln. Ein Problem dieser Untersuchung ist eine mangelnde Teilnahmebereitschaft der Ärzte. Die Ergebnisse der Evaluation sollten mit über die zukünftige Beibehaltung dieser Pflichtleistung der Kassen entscheiden.

4.4.2 Krebsfrüherkennung

1971 erfolgte die gesetzliche Einführung von Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung. Die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 25 Abs. 4 Satz 2 in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V beschlossenen Richtlinien bestimmen das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 25 Abs. 2 und 3 SGB V entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

4.4.2.1 Maßnahmen und Effektivität

Die nach den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen dienen bei Frauen der Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales vom Beginn des 20. Lebensjahres an sowie zusätzlich der Brust und der Haut vom Beginn des 30. Lebensjahres an sowie zusätzlich des Rektums und des übrigen Dickdarms vom Beginn des 50. Lebensjahres an, bei Männern der Früherkennung von Krebserkrankungen, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut vom Beginn des 45. Lebensjahres, des Dickdarms vom 50. Lebensjahr an.

Aus der tabellarischen Übersicht (Tabelle 4-3) gehen die derzeit im Rahmen der GKV vorgehaltenen Früherkennungsuntersuchungen für Versicherte hervor.

Die bisherigen Früherkennungsaktivitäten können auf Erfolge verweisen, die auch im internationalen Vergleich standhalten können. Beispielhaft sei der Rückgang der Inzidenz des Zervixkarzinoms angeführt, die seit Einsetzen des Früherkennungsprogramms eindrucksvoll zurückgegangen ist. Streng genommen handelt es sich hier um eine primär präventive Methode, werden doch Präkanzerosen und Karzinomvorstufen wirkungsvoll entdeckt und entfernt im Sinne einer echten Krebsvorsorge. Ein ähnlicher Trend ist für das Kolonkarzinom festzustellen, dessen Inzidenz in allen westlichen Gesundheitssystemen ansteigt, wobei in Deutschland ein leichter Rückgang der Mortalität feststellbar ist. Bei beiden Beispielen ist der Umfang eines kausalen Zusammenhangs zwischen Früherkennungsmaßnahme und Mortalitätsrückgang nicht nachweisbar, da die Programme nicht unter Einplanung von Wirksam-

keitsnachweisen angelegt wurden.¹¹ Es besteht jedoch international Einigkeit darüber, dass beide Karzinomarten effektiv präveniert werden können und die festgestellten Beobachtungen sprechen dafür, dass es in Deutschland erfolgreich gelungen ist, Früherkennungsprogramme in die Versorgung zu implementieren.

Tabelle 4-3: Leistungen zur Krebs-Früherkennung in der GKV

Kreberkrankung	Zervixkarzinom (Gebärmutter- halskrebs)	Mammakarzinom (Brustkrebs)	Hautkrebs	Prostatakarzinom (Hodenkrebs)	Darmkrebs (Dickdarm- und Enddarmkrebs)
Anspruchsberechtig	Frauen	Frauen	Frauen/Männer	Männer	Frauen/Männer
Alter	Beginn des 20. Lebensjahres	Beginn des 30. Lebensjahres	Beginn des 30. Lebensjahres bei Frauen und mit Beginn des 45. Lebensjahres bei Männern	Beginn des 45. Lebensjahres	Beginn des 50. Lebensjahres bei Frauen und Männern
Untersuchungsintervall	Jährlich	jährlich	jährlich	jährlich	jährlich
Untersuchungsmethode	Anamnese, zytologischer Abstrich von Portio (Muttermund) und Zervikalkanal und bimanuelle gynäkologische Untersuchung	Abtasten der Brustdrüsen und der regionären Lymphknoten, Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust	Inspektion der Haut	Anamnese, Inspektion und Palpation des äußeren Genitales, Abtasten der Prostata vom After aus	Digitale Aus-tastung des Rektums (Enddarms), Schnelltest auf okkultes Blut im Stuhl, Palpation regionärer Lymphknoten, ab dem 55. Lebensjahr Anspruch auf Früherkennungs Koloskopie alle 10 Jahre, insg. 2 mal.
Anmerkungen		Beratungen zur Einführung eines Mammographie-Screenings derzeit im Arbeitsausschuss „Prävention“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, laufende modellhafte Erprobung mit Qualitätssicherung	Modellprojektvorhaben zur Weiterentwicklung des Hautkrebs-Screenings durch den Arbeitsausschuss „Prävention“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen	Wissenschaftliche Verlaufsbeurteilung der Bedeutung der PSA-Wertbestimmung für die Anwendung als Prostatakarzinom-Screening, im Arbeitsausschuss „Prävention“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen	

Mit der Implementation verbunden ist die kontinuierliche Weiterentwicklung der Maßnahmen. Aktuelles Beispiel hierfür ist die Früherkennung des Kolonkarzinoms. Mit der Einführung der sog. „hohen“ Koloskopie (bis zum Zökum reichend) zum 01.10.2002 in die GKV als Früherkennungsmaßnahme steht eine weitere Maßnahme zur Verfügung, die durch Abtragung von Karzinomvorstufen einer Vorsorgeuntersuchung gleichkommt. Ab 50 Jahren kann wie bisher alle zwei Jahre der Okkultbluttest

¹¹ Dazu hätte es zumindest in einer Präphase oder in der Einführungsphase (randomisierter) Studiendesigns bedürft. Es können daher auch nicht interventionsabhängige Einflüsse eine erhebliche Rolle spielen. Als Beispiel sei hier das Magenkarzinom genannt, dessen Inzidenz und Mortalität ohne entsprechende Früherkennungs- oder GKV-geförderte primärpräventive Maßnahmen – vermutlich aufgrund allgemein veränderter Ernährungsmuster – eindrucksvoll zurückgegangen ist.

durchgeführt werden, ab dem 56. Lebensjahr kann nun auf Wunsch des Patienten eine Koloskopie gemacht werden, die nach 10 Jahren wiederholt werden kann. Bei Personen mit positivem Befund ist eine wiederholte Maßnahme möglich.¹² Die Untersuchung erfordert auch aufgrund der Belastung für den Patienten eine gründliche Vorbereitung einschließlich einer ärztlichen Beratung. Verbunden hiermit ist eine stringente Qualitätssicherung und Evaluation, die den Programmerfolg auswertet und, wenn erforderlich, entsprechende Korrektur-/Verbesserungsmaßnahmen induziert. Die Koloskopie wirft aber aus wissenschaftlicher Sicht – gerade in der Einführungsphase – Probleme der Qualitätssicherung und der Flächendeckung auf, da ca. 2/3 der bisherigen leistungserbringenden Ärzte nicht den für die (kurative) Koloskopie in den Richtlinien geforderten fachlichen Befähigungsnachweis aufweisen (Niedersächsisches Ärzteblatt 2002).

Eine weitere wesentliche Weiterentwicklung im Rahmen der Programminhalte wird die Aufnahme des Mammographie-Screenings in die Früherkennungs-Richtlinien des Bundesausschusses darstellen. Nachdem zunächst in Modellversuchen die „Machbarkeit“ eines bevölkerungsbezogenen Brustkrebs-Screenings getestet werden sollte, hat sich hier durch eine intensive politische Diskussion bedingt eine Beschleunigung des Vorgehens dahingehend ergeben, dass ab 2003 ein flächendeckendes Mammographie-Screening in der GKV umgesetzt werden soll. Diese Maßnahme wird allerdings auch von verschiedenen Seiten deswegen kritisiert, weil die objektiv gebotenen Voraussetzungen eines flächendeckend qualitätsgesicherten präventiven Angebots (i.S. des § 25 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 12 SGB V (Wirtschaftlichkeit) bislang nicht gesichert erscheinen (Abholz, Schwarz 2002).

4.4.2.2 Inanspruchnahme

Die Teilnahmeraten zur Früherkennung sind in den 90er Jahren angestiegen und liegen derzeit bei 48 % für Frauen und knapp 20 % für Männer (s. Abb. 4-3). Dennoch müssen sie als unbefriedigend bezeichnet werden.

¹² Prinzipiell wäre eine weitere Untersuchung auch im höheren Alter noch sinnvoll (z.B. 75 Jahre), wurde jedoch (vermutlich aus Kostengründen) vorerst nicht als Leistung aufgenommen.

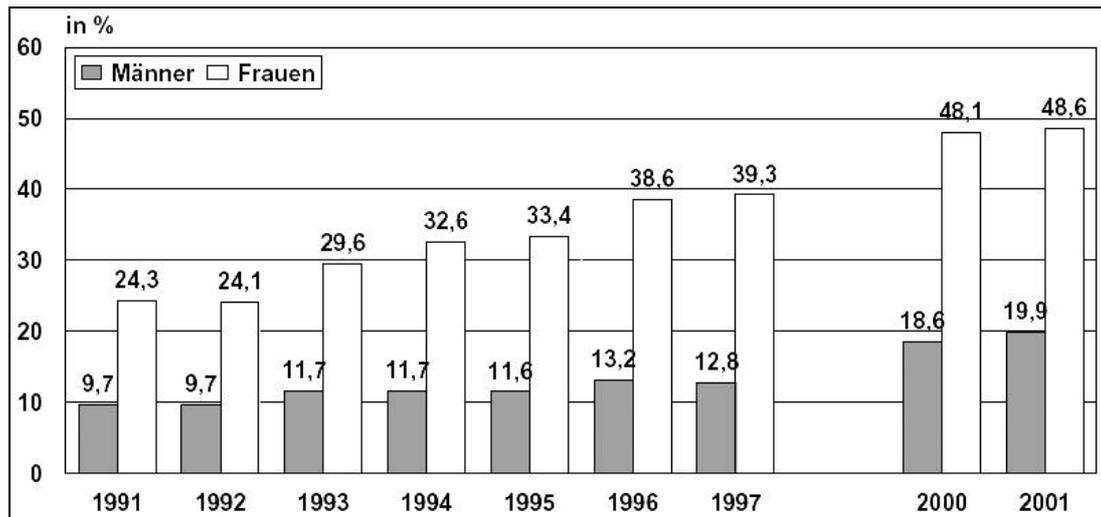


Abb. 4-3: Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs seit 1991 (1-Jahres-Beteiligungsraten) (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2002)

Während bei den Männern eine Zunahme der Inanspruchnahme mit steigendem Alter zu verzeichnen ist (s. Abb. 4-4), weist die Altersverteilung der Frauen die höchste Inanspruchnahme von über 60 % bei den Jüngeren aus. Da die Inzidenz von Krebserkrankungen im Alter zunimmt, ist die deutliche Abnahme der Inanspruchnahme nach der Menopause als besonders kritisch zu beurteilen.

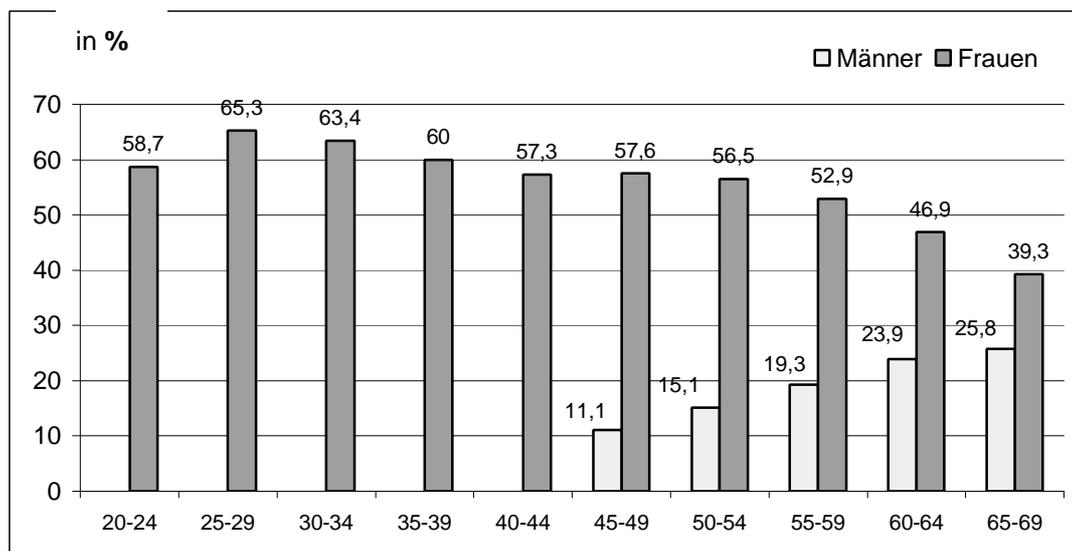


Abb. 4-4: Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs im Jahr 2001 (1-Jahres-Beteiligungsraten) (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2002)

Auswertungen des Gesundheitssurveys Nordrhein-Westfalen (2000) zeigen eine deutliche Schichtabhängigkeit der Inanspruchnahme bei Frauen. Bei den Männern sind soziale Unterschiede weniger ausgeprägt, auch wenn sich eine höhere Teilnahme rate in der Mittel- und Oberschicht findet (Richter, Brand, Rössler 2002).

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sind ein fester Bestandteil des Repertoires der Ärzte geworden. Auch aufgrund der extrabudgetären Vergütung werden auf Seiten der Ärzte keine Barrieren gesehen. Allerdings erfolgt keine systematische, aktive und gezielte Erst- und Wiedereinbestellung der Patienten durch die Ärzte. Gleiches gilt für die Krankenkassen, die eher unsystematisch in ihren Mitgliederzeitschriften über Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung informieren. Ein gezieltes Anschreiben z.B. der älteren Versicherten und/oder von Personen mit geringeren Beitragssätzen („sozial schwache“ Zielgruppen) erfolgt nicht. Als nachteilig wird der Wegfall des unaufgeforderten Versands der Untersuchungsscheine der Krankenkassen bewertet, die eine Reminderfunktion besaßen. Als Barrieren auf Seiten der Patienten werden vor allem Informationsdefizite, aber auch emotionale Gründe (Ängste o.ö., Dierks 1995) angeführt.

4.5 Vorsorge für Schwangere (§§ 195 und 196 RVO)

Seit drei Jahrzehnten besteht in Deutschland ein gesetzlich verankertes Programm zur Schwangerschaftsvorsorge (Mutterschaftsrichtlinien). Zur Dokumentation der Befunde wurde ein „Mutterpass“ eingeführt.

4.5.1 Maßnahmen

Die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 des SGB V in Verbindung mit § 196 der Reichsversicherungsordnung (RVO) bzw. § 23 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1972) beschlossenen Richtlinien dienen der Sicherung einer auf dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Betreuung der Versicherten während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (§ 2 Abs. 1, § 12 Abs. 1, § 28 Abs. 1, § 70 Abs. 1 und § 73 Abs. 2 SGB V).

Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und eine entsprechende Behandlung eingeleitet werden. Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist dabei die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten.

Die Intensivierung der Vorsorge führte in den vergangenen Jahrzehnten in Verbindung mit der stark verbesserten perinatalen und geburtshilflichen akutstationären Versorgung zu einem erheblichen Rückgang der perinatalen Morbidität und Mortalität in Deutschland und einer deutlichen Abnahme des Anteils der Risikoschwangerschaften.

4.5.1.1 Inanspruchnahme und Defizite

Probleme werden in der Deklaration von Risikoschwangerschaften gesehen. Der Begriff der Risikoschwangerschaft und der Risikofaktoren sind auch vor dem Hintergrund der Stärkung der Eigenkompetenz einer Überprüfung zu unterziehen (Raum, Groß 2002). Kontrovers diskutiert wird, ob für Gestationsdiabetes ein Screeningtest eingeführt werden soll (Abholz, Schwarz 2002). Probleme gibt es u.a. bei der Häufigkeit des Ultraschalls.

Das Programm wird als sehr populär beschrieben, die Teilnahmeraten sind sehr hoch. Monetäre Anreize für Mütter bestanden in den 80er Jahren bei Mutterschaftsuntersuchungen, für die bei zehn Besuchen 100,- DM von den Krankenkassen ausbezahlt wurden. Diese erfolgreiche Maßnahme wurde aufgrund der hohen Inanspruchnahme wieder abgeschafft.

Nur ca. 5 % der Schwangeren nehmen die Untersuchungen nicht bzw. sehr verspätet wahr. Als Probleme werden vor allem Sprachbarrieren benannt.

Über in sozialen Brennpunkten tätige Hebammen wurden in Bremen und in Nordrhein-Westfalen versucht diese Gruppe zu erreichen und sie in das System einzuführen. Die nach einer Anlaufzeit als gut funktionierend beurteilten Projekte wurden von den Ländern jedoch nicht dauerhaft übernommen.

Betrachtet man die in den Richtlinien geforderte Zusammenarbeit der Ärzte, Krankenkassen und Hebammen in der Betreuung der Schwangeren, zeigt sich, dass die in unterschiedlichen organisatorischen (und rechtlichen) Versorgungsbezügen eingebundenen Berufsgruppen und Bereiche – medizinische Schwangerenvorsorge, praktische Geburtsvorbereitung, psychosoziale Beratung, Wochenbettbetreuung – unverbunden sind. Möglichkeiten der Verbesserung werden in einer Vernetzung flankierender Maßnahmen sowie in verstärkter Information und Beratung gesehen (Barbian et al. 1996). Hier könnten z.B. Krankenkassen eine wichtige Brückenfunktion übernehmen. Ein Beispiel für eine Betreuung vor und nach der Geburt des Kindes stellt die aufsuchende Beratung Schwangerer und junger Mütter durch Mitarbeiter von Krankenkassen zur Prävention von Neurodermitis dar (Dierks et al. 2002).

Die 1995 in Deutschland durch die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften erfolgte Empfehlung einer perikonzeptionellen Folsäureprophylaxe zur Verhinderung der in Deutschland im internationalen Vergleich häufigen Neuralrohrdefekte wurde nach einer Befragung 1998 in Sachsen-Anhalt (n=600) bislang nicht hinreichend umgesetzt. Nur 6 % gaben eine präkonzeptionelle Einnahme von Folsäure an. Von 70 % Frauen, die ihre Schwangerschaft durch Absetzen einer Antikonzeption geplant hatten, nahmen nur 7 % Folsäure ein. Eine kostenlose (firmengesponserte) Abgabe eines Multivitaminpräparats für die Studiendauer zeigte erhebliche Umsetzungsschwierigkeiten im Geflecht der Arzneimittelgesetzgebung, der Wettbewerbsordnung, dem Heilmittelwerbegesetz und dem SGB V auf (Rösch et al. 2001). Ebenfalls stießen Bestrebungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Verordnung von und die Beratung zu Jod und Folsäure als Kassenleistung einzuführen, bislang auf Widerstand, u.a. aus Angst, damit einer allgemeinen Vitamin- und Spurenelementesupplementation den Weg zu bereiten. Auch an diesem Beispiel zei-

gen sich Schwierigkeiten einer bereichsübergreifenden, wenngleich inhaltlich vergleichsweise einfachen Innovation im Geflecht der ambulanten Zuständigkeiten.

4.6 Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen (§ 26 SGB V)

Die 1971 eingeführten Kinderuntersuchungen bei Kindern in den ersten Lebensmonaten bzw. Jahren wurden in den Folgejahren um Untersuchungen in der Vorpubertät ergänzt.

4.6.1 Untersuchungen bei Kindern (U1-U9)

Die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 26 Abs. 2 in Verbindung mit § 92 Abs. 1 und 4 des SGB V beschlossenen Richtlinien bestimmen das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 26 SGB V entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres.

4.6.1.1 Maßnahmen

Die nach diesen Richtlinien durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres dienen der Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden. Ärztliche Maßnahmen richten sich dabei auf: Störungen in der Neugeborenenperiode, angeborene Stoffwechselstörungen, endokrine Störungen, Vitaminosen, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, das Nervensystem, die Sinnesorgane, Sprachstörungen oder Sprechstörungen, Zähne, Kiefer, Mundhöhle, Herz/Kreislaufsystem, Atmungsorgane, Verdauungsorgane, Nieren und Harnwege, Geschlechtsorgane, Skelett und Muskulatur, Haut sowie multiple Fehlbildungen einschließlich chromosomaler Aberrationen.

Die Früherkennungsmaßnahmen bei Kindern in den ersten sechs Lebensjahren umfassen insgesamt neun Untersuchungen, die in einem eigens dafür gestalteten Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert werden. Die Untersuchungen folgen der Entwicklung von Kindern und können deshalb nur in den jeweils angegebenen Zeiträumen in Anspruch genommen werden (wobei sog. Toleranzgrenzen Anwendung finden) (s. Tabelle 4-4).

Tabelle 4-4: Zeiträume der U-Untersuchungen

	Untersuchungsstufe	Toleranzgrenze
U 2	3. - 10. Lebenstag	3. - 14. Lebenstag
U 3	4. - 6. Lebenswoche	3. - 8. Lebenswoche
U 4	3. - 4. Lebensmonat	2. - 4 ½. Lebensmonat
U 5	6. - 7. Lebensmonat	5. - 8. Lebensmonat

U 6	10. - 12. Lebensmonat	9. - 13. Lebensmonat
U 7	21. - 24. Lebensmonat	20. - 27. Lebensmonat
U 8	43. - 48. Lebensmonat	43. - 50. Lebensmonat
U 9	60. - 64. Lebensmonat	58. - 66. Lebensmonat

Die Eintragungen der Untersuchungsergebnisse im Untersuchungsheft für Kinder erfolgen auf den für die einzelne Untersuchung vorgesehenen Seiten und erlauben so, die zeitliche Entwicklung des Kindes einschätzen zu können. Von entscheidender Bedeutung ist hierbei, dass Hinweise auf eine mögliche Entwicklungsverzögerung oder -störung tatsächlich eingehend diagnostiziert und einer rechtzeitigen, qualifizierten Behandlung zugeführt werden.

4.6.1.2 Evaluation

Die seit Beginn erfolgte und als innovativ beurteilte begleitende Standarddokumentation zu den Maßnahmen wird derzeit nicht weiter geführt bzw. nicht genutzt. Zukünftig wünschenswert wäre nicht eine zeit-, sondern eine screeningbezogene Erhebung.

Eine Auswertung der Dokumentationen erfolgte nur partial. Eine systematische umfassende Evaluation u.a. hinsichtlich der Aufdeckung von Krankheiten bzw. gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie der Weiterführung der Kinder im System wird nicht durchgeführt.

Eine Evaluation erfolgt derzeit lediglich zur Erkennung von Hüftdysplasien bei Neugeborenen aufgeführt, die nachfolgend ausgeführt wird.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beschloss am 22. August 1995 ein hüftsonographisches Screening in das Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder zum 01.01.1996 aufzunehmen. Ziel dieses Screenings ist die Vermeidung von Spätfolgen der sog. angeborenen Hüftluxation bzw. Früherkennung von Risiken, die zum Auftreten von entwicklungsbedingten Hüftgelenksluxationen führen können. Insbesondere sollen operative Maßnahmen an Hüftgelenken von Säuglingen, Kleinkindern und älteren Kindern vermieden werden.

Ziel der vertraglichen Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie der beauftragten auswertenden Einrichtung ist deshalb die Evaluation des Hüftsonographie-Screenings unter systematischer Beobachtung und Beurteilung von Qualitätsmerkmalen. Weiterhin wird die Screeningstrategie kombinierter klinischer und sonographischer Untersuchungen auf ihre Umsetzbarkeit und ihre Wirksamkeit hin untersucht. Mögliche Problempunkte des Screenings sollen auf diesem Wege frühzeitig identifiziert und ggf. geeignete Interventionsmöglichkeiten abgeleitet werden. Die dazugehörige vertragliche Vereinbarung ist in Kraft getreten und soll sowohl auf Programm- wie auf Arzzebene eine Rückmeldung über die Zielerreichung erlauben (Ergebnisse liegen noch nicht vor).

4.6.1.3 Inanspruchnahme

Die gut vergüteten Kinderuntersuchungen gelten als die erfolgreichsten Maßnahmen in der Vorsorge und Früherkennung. Sie haben innerärztlich und bei den Zielgruppen eine hohe Anerkennung und Inanspruchnahme. Eine Abnahme der Teilnehmerraten erfolgt nach der U7 (s. Abb. 4-5).

Eine präventive Orientierung im frühen Kindesalter wird sowohl für das eigene Erwachsenenalter als auch im Hinblick auf eine Förderung des präventiven Bewusstseins der Eltern als positiv bewertet.

Allerdings stellen die Kinder- und Jugendlichen, die von den Vorsorgeuntersuchungen der niedergelassenen Pädiater nicht erfasst werden, eine besondere Problemgruppe dar. Hier kann nur eine aufsuchende Fürsorge durch den kinder- und jugendärztlichen Dienst Abhilfe schaffen. Dem steht allerdings der Trend entgegen, die Gesundheitsämter personell derartig auszudünnen, dass in einigen Regionen selbst die Durchführung von Schuleingangsuntersuchungen gefährdet ist.

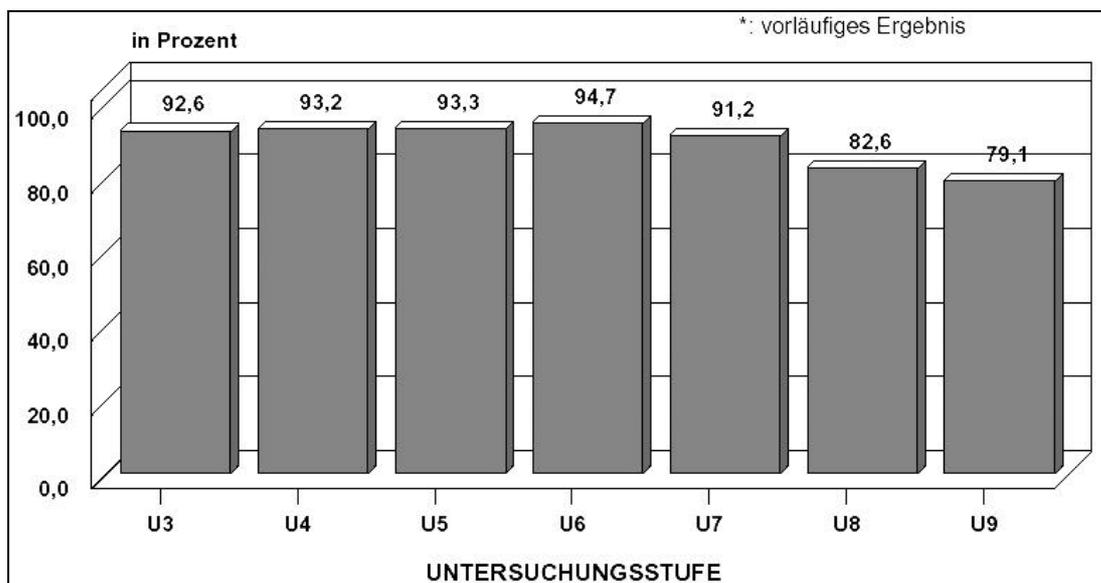


Abb. 4-5: Teilnahme an Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Kindesalter nach Untersuchungsstufen in Deutschland im Jahr 2000, * = vorläufiges Ergebnis (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2002)

4.6.1.4 Defizite

Ein Verbesserungspotenzial wird gesehen bei der verbesserten Kooperation der Leistungserbringer, z.B. bei dem frühzeitigen Einbezug notwendiger Fachgruppen bei auffälligen Befunden, und einer gerichteten Führung durch das System. Derzeit ist dieses abhängig von dem Engagement des einzelnen Kinderarztes und erfolgt

nicht systematisch. Eine Nachversorgung in Spezialbereichen (z.B. Pädaudiologie oder Stoffwechselerkrankungen) wird besonders in ländlichen Bereichen als kritisch angesehen.

Als optimierbar wird auch der Informationsfluss vom Krankenhaus in die Praxis beurteilt. Hier wird eine koordinierende, unterstützende und supervidierende Stelle besonders für seltene Erkrankungen wie z.B. seltene Stoffwechselanomalien als notwendig erachtet.

Vertiefende Informationen für Eltern wären wünschenswert. Kritisiert wird, dass die U1-Untersuchungen mit zahlreichen Stoffwechselfests im Krankenhaus für die Eltern uniformiert laufen. I.d.R. werden die Eltern über den Charakter der Untersuchungen nicht aufgeklärt. Es bestehen auch Lücken in der hochspezialisierten Nachsorge (Abholz, Schwarz 2002).

Eine Fehlversorgung im Sinne des Gutachtens des Sachverständigenrates (2001b) stellt nach Ansicht des Bundesverbandes der Kinder- und Jugendärzte die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen durch hierfür nicht qualifizierte Ärzte dar. Der Deutsche Ärztetag beschloss 1997 in Eisenach, dass für Nichtpädiater¹³ eine „Fachkunde Vorsorgeuntersuchungen“ einzuführen ist. Die Umsetzung dieses Beschlusses ist bis heute allerdings nicht erfolgt.

Ein Elternheft als Begleitung der Kinderuntersuchungen war geplant, ist aber bislang nicht verwirklicht worden. Bei der anstehenden Überarbeitung der U-Untersuchungen ist eine begleitende Information der Eltern wieder im Gespräch.

Teilweise bieten Krankenkassen Materialien für die Eltern an. So erhalten z.B. die versicherten „jungen“ Eltern in der AOK Baden-Württemberg einen Ordner mit umfassenden Informationen. Einheitliche, von allen gesetzlichen Krankenkassen getragene Informationen wären als wünschenswert angesehen, liegen derzeit jedoch nur als Merkblatt zur Verhütung von Kinderunfällen vor.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) plant spezielle Kampagnen für bislang schwer erreichbare Zielgruppen wie z.B. ausländische Eltern.

Hier wird das „bereichsübergreifende“ Bewusstsein im Gesundheitswesen und in der GKV – auch aufgrund des bestehenden Wettbewerbs – von den befragten Experten für nicht hinreichend erachtet, um gemeinsam und einheitlich tatsächlich konzeptionell gute Materialien zu erstellen. Diese müssten, um sich von den zahlreichen Informationen an Eltern abzuheben, einen besonderen Status erhalten.

Als Problem bei den U-Untersuchungen wird benannt, dass den Eltern suggeriert wird, dass alles untersucht wird und in Ordnung ist. Eine „Entschlackung“ von unsinnigen und nicht haltbaren Versprechungen, die das gelbe Heft suggeriert, wird für

¹³ 11 % der Vorsorgeuntersuchungen werden von anderen Fachgruppen durchgeführt.

notwendig erachtet; als kritisch werden z.T. der Bereich Entwicklungsdiagnostik gesehen, als überarbeitsbedürftig u.a. die Bereiche Hüfte und Sinnesorgane.

Eine in ihrer Bedeutung eher unterschätztes und schwieriges Feld in den U-Untersuchungen betrifft die Vernachlässigung, die Misshandlung und den sexuellen Missbrauch von Kindern. Bevölkerungsbezogene Prävalenzen liegen nicht vor. Nach prospektiven Studien von Kinderkliniken in München und Freiburg konnten bei 2 % aller stationär aufgenommenen Kindern hinweisende körperliche Symptome beobachtet werden. Zweijährige Praxisuntersuchungen in Hamburg zeigten einen Verdacht auf seelische Beeinträchtigungen bei 0,17 %, auf körperliche Misshandlung bei 0,04 % und sexuelle Misshandlung bei 0,03 % (Frank 1997 zit. in Kries, Voss 1998). Praktische Hinweise zur Erkennung entsprechender Symptome wurden von dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung bereits 1991 erarbeitet. Auch von der Techniker Krankenkasse liegt ein Leitfaden für Ärzte vor. Auch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend führte zu der Thematik kürzlich eine Kampagne durch. Ein Defizit wird nicht nur in der Diagnostik, die durch Schulung deutlich verbessert werden kann, gesehen, sondern vor allem auch in der Vermittlung konkreter Hilfen und dem Mangel an Versorgungsnetzwerken. Unterstützende soziale Hilfesysteme betreffen sowohl die Krankenkassen (z.B. Psychotherapie) als auch die Kinder- und Jugendhilfe (Kries, Voss 1998).

Als ein wesentlicher, zu stärkenden Bereich wird die Bewegungsförderung genannt. Hier bestehen zwar vereinzelte, auch evaluierte Modellprojekte z.B. für übergewichtige Kinder mit dem Ziel einer längerfristigen Integration in Sportvereine, die jedoch bislang nur regional angeboten und nicht flächendeckend umgesetzt werden.

Aus Sicht des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte wird auch eine bereits modellhaft erprobte frühzeitige Untersuchung auf Zahn- und Kieferfehlstellungen durch Pädiater als sinnvoll erachtet (s. auch Kap. 5).

Großer Nachholbedarf besteht in der Bundesrepublik Deutschland bei der Prävention von Unfällen, sei es bei Kindern oder Erwachsenen. Als eine Ursache werden eine (in den vergangenen Jahren zunehmende) mangelnde Bewegungskoordination und -sicherheit bei Kindern angeführt. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte befürwortet die Schaffung eines Instituts nach österreichischem (Institut „Sicher Leben“) oder schweizerischem Vorbild, das sich ausschließlich dieser Problematik widmet. Da Unfälle für Kinder und Jugendliche mittlerweile ein größeres Gesundheitsrisiko als Krankheiten darstellen, halten sie Aktivitäten in diesem Feld für dringend geboten.

Bei der Überarbeitung der U-Untersuchungen ist zu trennen zwischen tatsächlich notwendigen Untersuchungen und von zahlreichen Interessenten angeforderten sonstigen Maßnahmen – ein teilweise schwieriges Unterfangen in einem auch von politischer und vielfältiger fachlicher Einflussnahme bestimmten Feld.

4.6.2 Untersuchungen bei Jugendlichen (U10 bzw. J1)

Die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 26 Abs. 2 in Verbindung mit § 92 Abs. 1 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossenen Richtlinien bestimmen das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 26 SGB V entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Jugendlichen nach Vollendung des 10. Lebensjahres.

4.6.2.1 Maßnahmen

Den Anspruch auf eine Jugendgesundheitsuntersuchung haben Versicherte zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr. Die Anspruchsberechtigung schließt einen Zeitraum von jeweils zwölf Monaten vor Vollendung des 13. Lebensjahres und nach Vollendung des 14. Lebensjahres, als sogenannte Toleranzzeit, ein.

Ziel der Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinien ist die Früherkennung von Erkrankungen, die die körperliche, geistige und soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Insbesondere wird auch beabsichtigt, durch Früherkennung psychischer und psychosozialer Risikofaktoren eine Fehlentwicklung in der Pubertät zu verhindern. Darüber hinaus sind individuell auftretende gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen frühzeitig zu erkennen. Über die hierdurch vermittelte gesundheitliche Gefährdung ist der Jugendliche frühzeitig aufzuklären.

Die Jugendgesundheitsuntersuchung umfasst im Rahmen der ärztlichen Maßnahmen die Anamnese (auffällige seelische Entwicklung, Verhaltensstörungen, auffällige schulische Entwicklung, gesundheitsgefährdendes Verhalten z. B. Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, Vorliegen chronischer Erkrankungen). Bei der klinisch-körperlichen Untersuchung werden die Körpermaße erhoben (Körperhöhe und -gewicht), die Pubertätsentwicklung beurteilt, Störungen des Wachstums und der körperlichen Entwicklung erfasst (z. B. Klein-/Großwuchs, Unter- und Übergewicht), gegebenenfalls eine arterielle Hypertonie erfasst, Erkrankungen der Hals-/Brust-, Bauchorgane und Auffälligkeiten des Skelettsystems. Zusätzlich wird bei jedem Jugendlichen der Impfstatus erhoben und gegebenenfalls zur Nachimpfung motiviert. Auf eine ausreichende Jodzufuhr ist weiterhin zu achten.

Ebenso wie auch bei den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien, soll auch bei den Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinien nach Abschluss der Maßnahmen der Jugendliche vom Arzt über das Ergebnis der durchgeführten Untersuchung informiert und die möglichen Auswirkungen im Hinblick auf die weitere Lebensgestaltung erörtert werden. Dabei sollen seitens des Arztes insbesondere auf das individuelle Risikoprofil des Jugendlichen hingewiesen und Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen aufgezeigt werden. Wie auch zuvor soll im Falle einer Erkrankung oder eines Krankheitsverdachts dafür Sorge getragen werden, dass die betroffenen Jugendlichen im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden gezielten Diagnostik oder Therapie zugeführt werden.

4.6.2.2 Inanspruchnahme und Defizite

Als eine Ursache für eine geringe Inanspruchnahme der Jugend- gegenüber den Kinderuntersuchungen wird die abnehmende Akzeptanz der Kinderärzte bzw. Jugendärzte durch die Jugendlichen gesehen. Eine Vorbereitung der Jugendlichen auf die Untersuchung wird als wichtig erachtet.

Als Barrieren auf Seiten der Ärzte werden z.T. eine ausbildungsbedingte mangelnde Kompetenz genannt, insbesondere in der Kommunikation mit der Altersgruppe der Jugendlichen und im Bereich seelischer Fragen.

Mehrere klinische Untersuchungen werden von einzelnen Experten u.a. aufgrund fehlender prognostischer Werte (z.B. arterielle Hypertonie) oder eines falschen Zeitpunktes (z.B. Skoliose: besser früher, mit 14 Jahren zu spät) kritisch gesehen. Mit den derzeit bestehenden Untersuchungen stellen die Jugenduntersuchungen – so die Kritik – keine Früherkennungsuntersuchungen dar, sie haben eher den Status i.S. der bei den Ärzten gewohnten „Jugendarbeitsschutzuntersuchungen“. Generell sind sehr optimistische Vorstellungen und umfassende Vorstellungen mit den Jugenduntersuchungen verbunden (z.B. auffällige seelische Entwicklungen und Verhaltensstörungen, Leistungsprobleme in der Schule, Drogenkonsum). Eine Überarbeitung des als „überfrachtet“ bezeichneten Programms wird als notwendig angesehen.

Eine Evaluation der Jugenduntersuchung hinsichtlich Wirksamkeit und Durchführung erfolgte – trotz Festlegung in den Richtlinien und Nachfrage des BMGS – bislang nicht. Diese ist dringend erforderlich gehalten. Hier wird bei den beteiligten Partner ein mangelndes Interesse konstatiert.

4.7 Modellversuche (§ 63 SGB V)

Nach § 63 SGB können kassenärztliche Vereinigungen und regionale Kassenverbände in Modellversuchen auch zu präventiven Maßnahmen neue Versorgungsformen erproben. Eine systematische Übersicht über Modellversuche zu präventiven Maßnahmen liegt derzeit nicht vor. Ihre Anzahl wird auf maximal „eine Handvoll“ geschätzt. Bekannt sind Beispiele aus der Krebsfrüherkennung (z.B. zur Tandemmassenspektrometrie) und zum Hörscreening bei Neugeborenen (Buser et al. 2001).

Zur Verbesserung der Transparenz wird derzeit eine Modellvertragsdatenbasis aufgebaut.

4.8 Ärzte und Prävention

Prävention stellt ein wichtiges Aufgabenfeld der Hausärzte dar (Sachverständigenrat 2001, U.S. Preventive Services Task Force 1996). Mit der Übernahme von (zuvor vom Öffentlichen Gesundheitsdienst getragenen) Präventionsmaßnahmen wie Impfungen durch niedergelassene Ärzte sowie die gesetzliche Einführung von Gesund-

heitsvorsorge und Früherkennung wurde die Prävention durch niedergelassene Ärzte gestärkt.

Der vertragsärztliche Anteil an der Prävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung konzentriert sich traditionell auf die Früherkennung von Krankheiten. Jedoch sind auch primärpräventive Elemente beispielsweise Information und Beratung über die Vermeidung von ungünstigen, krankheitsfördernden Faktoren wie z.B. Nikotin und ungesundem Ernährungsverhalten im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen enthalten.

In den 70er Jahren wurde versucht, Ärzte im Rahmen der gemeindebezogenen Prävention stärker in die präventive Versorgung einzubinden; in den 80er Jahren wurden erste Modellprojekte zur ärztlichen präventiven Beratung durchgeführt (Bengel 1988). Heute bieten Ärzte teilweise präventive Angebote als nicht kassengetragene Zusatzleistung an. Ein übergreifendes Konzept sowie eine Qualitätssicherung besteht jedoch nicht bzw. nur ansatzweise.

Gesundheitsförderung und Prävention in der Arztpraxis erfolgen eher unsystematisch, die bedürftigen Zielgruppen werden nicht immer erreicht. Bereits 1991 zieht Abholz die Bilanz, dass Prävention durch Ärzte keine optimale Versorgungssituation garantiert. Zehn Jahre später – obwohl sich inzwischen die Qualität der primärärztlichen Versorgung international stark an der Aufgabenerfüllung in der Prävention orientiert – mahnt der Sachverständigenrat (2001) an, dass die Umsetzung der Prävention im Praxisalltag nicht selbstverständlich ist und ihre Möglichkeiten nicht ausgeschöpft sind.

Wie eine qualitative Studie zeigt (Walter et al. 2002)¹⁴, sehen die Ärzte ihre Aufgabe bezüglich Prävention und Gesundheitsförderung vor allem im sekundär- und tertiärpräventiven Bereich. Bei den subjektiven Definitionen zu Gesundheitsförderung, die stärker im psychosozialen Bereich angesiedelt wird als die Prävention, wird deutlich, dass sich Prävention und Gesundheitsförderung in der Praxis nicht trennen lassen und von den meisten Ärzten gleichgesetzt werden. Unter Gesundheitsförderung subsumieren viele Ärzte ihre gesamte Tätigkeit. Die Verwendung der Begriffe „echte“ Prävention und Gesundheitsförderung im „engeren“ und „weiteren“ Sinne lässt vermuten, dass die Ärzte ein Vor-Wissen über die theoretischen Konzepte besitzen, in ihr berufliches Handeln jedoch nur ein Teilbereich Eingang erhält.

Die Einstellungen zu Prävention/Gesundheitsförderung sind überwiegend positiv, soweit sie im allgemeinen verhaftet bleiben. Finden hingegen Erfahrungen der Umsetzung sowie Rahmenbedingungen Eingang in die Überlegungen, relativieren diese die positiven Einstellungen. Ausschließlich negative Einstellungen liegen jedoch kaum vor.

¹⁴ 32 ausführliche Interviews mit niedergelassenen Hausärzten (und weitere 32 Interviews mit ambulanten Pflegekräften) wurden im Rahmen des BMGS-geförderten Projektes „Gesundheits- und Alterskonzepte von Ärzten und Pflegekräften in der ambulanten Versorgung älterer Menschen“ im ersten Quartal 2002 geführt (Projektleiter: Walter, Flick, Schwartz).

Hinsichtlich einer Prävention/Gesundheitsförderung im Alter nehmen allerdings die positiven Einstellungen bei Hausärzten zugunsten einer eher ambivalenten Sicht ab. So wird die Prävention in jüngeren Jahren und für das Alter vielfach als wichtiger erachtet als eine Prävention im Alter selbst. Beachtlich ist, dass ein Viertel der befragten Hausärzte kein Präventionspotenzial im Alter sieht.¹⁵ Hier bedarf es einer spezifischen Wissensvermittlung über die Möglichkeiten und praktischen Ansätze einer Prävention.

In der Umsetzung scheint es seitens der Ärzte kein strukturiertes Konzept zu geben, das die Patienten zur Durchführung präventiver Maßnahmen z.B. im Sinne von gegenseitigen Handlungsvereinbarungen unterstützt und eine kontinuierliche Betreuung gewährleistet (vgl. auch Vahlbruch 2002).

Tabelle 4-3: Barrieren und fördernde Faktoren von Prävention und Gesundheitsförderung aus Sicht der Ärzte (Walter et al. 2002)

Barrieren			Fördernde Faktoren		
seitens der Patienten	seitens des Gesundheitssystems	seitens der Ärzte	seitens der Patienten	seitens des Gesundheitssystems	seitens der Ärzte
Passive Erwartungshaltung	Keine bzw. keine ausreichende Vergütung	Verdienst ist geringer, wenn Prävention greift	Steigende Nachfrage	Mehr Möglichkeiten der Prävention und stärkeres Thema in den Medien	Erfolgserebnisse
Kein Interesse	Maßnahmen werden nicht von GKV übernommen	Zeitmangel	Interesse	Gesundheitsförderung ist großer Markt	Zeiteinsatz zur Erhöhung der Compliance
Risikofaktoren sind nicht spürbar	Gesundheitssystem ist nicht auf Prävention sondern Kuration ausgelegt	Kuration steht im Vordergrund	Informationsstand aus den Medien	Krankenkassen sind verpflichtet, Geld bereitzustellen	
Verhaltensänderungen schwer umsetzbar	Kein Interesse an „gesunden Personen“	Mangelnde Überzeugungskraft			
Ratschläge werden nicht umgesetzt		Mangelnde Motivation			
Klientel „Gesunde“ nicht erreichbar					
Keine Bereitschaft zusätzlich zu bezahlen					

Tabelle 4-4: Barrieren und fördernde Faktoren von Prävention und Gesundheitsförderung im Alter aus Sicht der Ärzte (Walter et al. 2002)

Barrieren			Fördernde Faktoren		
seitens des Gesundheitssystems	seitens der Patienten	Alter und Angehörige als Barriere	seitens der Ärzte	seitens der Patienten	seitens der Ärzte
Budgetzwänge	Patienten wollen	Patienten sind	Präventionsmaß-	Nachfrage exist-	Erfolgserebnisse

¹⁵ Die Interviews bestätigen damit Ergebnisse einer Befragung von Hausärzten im Rahmen des Projektes zur „Altersabhängigkeit ambulanter Leistungen und Behandlungsstrategien an älteren Patienten mittels Beobachtungspraxen“ des Norddeutschen Forschungsverbundes Public Health (Henze et al. 2001).

	in Ruhe gelassen werden	nicht mehr offen und flexibel	nahmen sind nicht immer im Bewusstsein	tiert	
Kein gesellschaftliches Interesse an Prävention im Alter	Widerstand	Bei geriatrischen Fällen keine Prävention möglich	Arzt bremst Engagement seiner Patienten	Bereitschaft zu bezahlen	Finanzielle Lukrativität
		Angehörige/ Betreuer geben keine Zustimmung		Patienten freuen sich über Anregungen	
				Früheres gesundheitsbewusstes Verhalten wirkt sich positiv aus	

Die befragten Hausärzte sehen vor allem zahlreiche Barrieren in zwei Bereichen: auf Seiten der Patienten und im Gesundheitssystem. Hinsichtlich der Patienten werden von den Hausärzten vor allem Interesselosigkeit und das Nicht-Umsetzen von Präventionsmaßnahmen genannt. Im Gesundheitssystem werden insbesondere die mangelnde Vergütung, die Nicht-Finanzierung vieler präventiver Maßnahmen und die überwiegende Ausrichtung auf Kuration als Hindernis gesehen (s. Tabelle 4-3). Einer Prävention im Alter stehen aus Sicht der befragten Hausärzte neben einem geringen gesellschaftlichen Interesse auch das Alter selbst entgegen. Andererseits wird eine Bestehende Nachfrage der Patienten und auch eine Bereitschaft zur finanziellen Eigenbeteiligung wahrgenommen (s. Tabelle 4-4).

Wenn es gelingt, die Schwierigkeiten und frustrierenden Erfahrungen der Ärzte abzubauen, wirkt sich dies wiederum förderlich auf das präventive Verhalten aus, denn die Ärzte ziehen ihre Motivation aus Erfolgserlebnissen.

4.9 Zusammenfassung und Fazit

Der Bereich der ärztlichen Vorsorge und Früherkennung wurde in den 60er und 70er Jahren in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen. Zu den Leistungen zählen Maßnahmen der Vorsorge von Müttern und Kindern, Früherkennungsuntersuchungen sowie – als Satzungsleistung – Impfungen.

Die bisherige vertragsärztliche Funktion konzentriert sich primär auf die Sekundärprävention und hier auf die Früherkennung von Krankheiten. Primärpräventive Ansätze beschränken sich auf die Information von Versicherten im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen (Information über Nikotinabusus, Essgewohnheiten etc.), eine systematische Einbindung von Ärzten in die Gesundheitsförderung ist bislang nicht vorgesehen. Die ärztliche Beratung, die in der Praxis einen großen Stellenwert einnehmen sollte, beschränkt sich in der Umsetzung letztlich auf wenige Aspekte.

Wenn auch durch die z.T. vorgesehene Begleitevaluation ein kontinuierliches Monitoring der Maßnahmen schon heute möglich wäre, wird diese überwiegend im Bereich der gesetzlichen Maßnahmen nicht (mehr) realisiert. Auch im Hinblick auf die Programmqualität sind deutliche Verbesserungspotenziale vorhanden. Die seit den

70er Jahren bestehenden Strukturen bedürfen einer Fortentwicklung. Ansätze zur Optimierung werden im folgenden aufgezeigt.

4.9.1 Realisation und Optimierung der Impfungen

Eine Unterversorgung besteht in Deutschland auf dem Gebiet der Schutzimpfungen, die effektive präventive Maßnahmen darstellen. Die Durchimpfungsrate bei Kindern hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert, ist jedoch noch nicht optimal. Sie liegt bei Schuleintritt (1999-2001) zwischen 74 % (Pertussis) und 97 % (Tetanus, Ausnahme: Hepatitis B: 37 %). Allerdings erfolgen die Impfungen häufig sehr spät. Zudem liegt weiterhin ein deutliches Defizit hinsichtlich der empfohlenen Zweitimpfungen vor, die z.B. gegen Mumps, Masern und Röteln nur knapp ein Viertel der Kinder erhalten. Eine Problemgruppe bilden ausländische und sozial benachteiligte Kinder, deren Durchimpfungsrate erheblich unter dem Mittelwert liegt. Auch bei den Erwachsenen bestehen deutliche Impflücken. Die im Alter empfohlene Impfung gegen Influenza weisen nach eigenen Angaben nur gut ein Drittel aller über 69-Jährigen auf.

Zumindest für Schulkinder hat sich die Datenlage zum Impfstatus mit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (2001) verbessert. Für Erwachsene und Ältere liegen keine bevölkerungsbezogenen Daten zur Durchimpfung vor. Eine zielgerichtete Planung und Durchführung von Strategien ist vor diesem Hintergrund kaum möglich. Es sollte eruiert werden, inwieweit Routinedaten der ärztlichen Versorgung aufbereitet werden können bzw. die Dokumentation zu optimieren ist. Hierfür wäre der Rechtskreis der vertragsärztlichen Versorgung nach SGB V und die Seuchengesetzgebung des Bundes und der Länder enger zu verknüpfen.

Auch wenn Impfungen (außer Reise- und arbeitsbedingte Impfungen) i.d.R. von den Krankenkassen auf Basis freiwilliger Vereinbarungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen übernommen werden, so bestehen aufgrund fehlender gesetzlicher Regelungen immer wieder Irritationen und Schwierigkeiten bezüglich der Kostenübernahme. Insgesamt ist die Situation aufgrund der vielfältigen regionalen Vereinbarungen einzelner Krankenkassen sehr heterogen und unübersichtlich. Die unterschiedlichen Regelungen der Kostenübernahme für Impfungen durch die Krankenkassen und eine uneinheitliche Abrechnungsorganisation stehen einer Steigerung der Durchimpfungsraten bisher im Wege.

Bis auf die Schuleingangsuntersuchungen, bei denen der Impfstatus der Kinder erhoben wird, erfolgt eine aufsuchende Impfberatung nicht. Weder die niedergelassenen Ärzte noch die Krankenkassen sprechen Patienten bzw. Versicherte aus sozialen und ausländischen Problemgruppen gezielt aktiv an. Hier liegt ein Potenzial, das die Krankenkassen ggf. auch in Verbindung mit dem ÖGD und den Sozialhilfeträgern oder den Betriebs- und Gewerbeärzten – z.B. in regionalen Impfgemeinschaften – durch fremdsprachliche Anschreiben oder gezielter Ansprache ausgewählter Personengruppen besser ausschöpfen könnten.

Zentral für eine Erhöhung der Durchimpfungsraten ist eine konzertierte Aktion zumindest aller bereits jetzt in der Impfprävention tätigen Einrichtungen wie z.B. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Deutsches Grünes Kreuz, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Ärzteschaft. Diese sollten in ein nationales Programm eingebunden werden, das sich zur Erhöhung der Akzeptanz bei Erwachsenen allerdings nicht wie das derzeitige Masern-Mumps-Röteln-Programm auf ausgewählte Impfungen beschränken sollte.

Analog zu der Umsetzung der Zahnprophylaxe in Kindertagesstätten und Schulen (s. Kap. 5) sollte eine bundesweite Umsetzung der Impfprävention unter Einbindung der niedergelassenen Ärzte, des ÖGD und der Betriebs-/Gewerbeärzte erfolgen. Gerade durch aufsuchende Verfahren kann sowohl die Durchimpfungsrate bei Kindern von Migranten und sozial Benachteiligten als auch die Zweitimpfung insgesamt deutlich erhöht werden. Aufsuchende Strategien sollten auch für institutionalisierte Ältere z.B. über niedergelassene Ärzte mit Heimarztfunktion aktiv eingeführt werden.

Für eine Verbesserung der aktiven Impfmotivation der Anbieter wird ferner eine angemessene Honorierung der niedergelassenen Ärzte, eine bessere Qualifizierung in der Aus- und Fortbildung sowie ein aktives Praxismarketing mit Nutzung aller Arzt-Patientenkontakte zur Überprüfung des Impfstatus angesprochen. Sicher sollte die betriebliche Impfaufklärung durch Betriebs- und Gewerbeärzte gestärkt werden. Darüber hinaus kommt nichtärztlichen Multiplikatoren wie Erziehern und Lehrern eine wichtige Rolle in der Aufklärung und Motivierung zu (Robert Koch Institut 1999).

Insgesamt könnte eine Konzentration und „akteurs“übergreifende Koordinierung der Maßnahmen in regionalen und überregionalen Impfgemeinschaften die Verzahnung der Rechtsgrundlagen und flankierende zielgruppenspezifische Aufklärung und Beratung unter Aufgreifen der in der Bevölkerung bestehenden Unsicherheiten, Bedenken und Ängste gegen Impfungen die Impfsituation in Deutschland verbessern.

4.9.2 Realisierung und Optimierung von Präventionsmaßnahmen der Vorsorge und Früherkennung

Die Teilnahmeraten an den Programmen sind bis auf die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (hier aber auch nur bei den ersten der neun Untersuchungen) und bei der Früherkennung im Rahmen der Mutterschaft ungenügend („Unterversorgung“). Vor allem die geringe Teilnahmerate von älteren Versicherten ist mit weniger als die Hälfte der über 60-jährigen Frauen und einem Viertel der über 60-jährigen Männer – trotz in den 90er Jahren insgesamt gestiegener Teilnahmeraten – gering.

Durch die Einführung der Chipkarte wird der früher aus den Krankenscheinen hervorgehende Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen nicht mehr deutlich. Eine aktive, systematische und gezielte Ansprache der berechtigten Versicherten durch die Krankenkassen Versicherte erfolgt nicht. Diese sollte jedoch die eher sporadischen Hinweise in den Mitgliederzeitschriften bei Risikogruppen ergänzen.

Prinzipiell werden von den befragten Experten im Bereich der Vorsorge und Früherkennung Anreize für bestimmte Gruppen als sinnvoll erachtet. Favorisiert werden finanzielle Anreize in Form von „spürbaren“ Geldbeträgen bei der Inanspruchnahme von Leistungen, z.B. geknüpft an die Versicherungsbeiträge. Andere Anreize werden eher als wirkungslos eingeschätzt.

Als positiv wird auch ein lebensbegleitender Präventivpass, ähnlich dem der American Health Foundation, bewertet.

Ärzte führen Früherkennungsuntersuchungen bei denjenigen Patienten durch, die sich aufgrund anderer Fragestellungen in der Praxis vorgestellt hatten („Casefinding“). Ein gezieltes Einladungssystem ist derzeit nicht installiert und wird aber gegenwärtig im Rahmen des Mammographiescreenings geprüft. Bei entsprechender Eignung sollte eine Übertragung auf andere Krebsarten erfolgen.

Informationen für Versicherte zur Bedeutung von Früherkennungs- und Präventionsleistungen als Bestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherung, liegen nicht systematisch vor. Insbesondere auch zielgruppenspezifische Angebote z.B. für ausländische Mitbürger und sozial Benachteiligte werden derzeit nicht vorgehalten. Vorhandenes Wissen im Sinne bereits bestehender Ressourcen bei Versicherten ist durch geeignete, evidenzbasierte Informationen zu stärken. Dabei sollten auch spezifische Barrieren und Ängste vermehrt angemessen aufgegriffen werden. Diese Informationen stellen eine wesentliche Basis dar, um eine fundierte Entscheidung über die Teilnahme an bestehenden Programmen treffen zu können.

Qualitätsmanagementsysteme, die sowohl eine systematische Teilnahmesteigerung durch Monitoring der Teilnahmeraten als auch Rückmeldungen bis auf Arzzebene erlauben, sind derzeit nicht zusammenhängend installiert. Gleichwohl sind Einzellösungen (z.B. Feedback-System Hüftsonographiescreening) verwirklicht, die allerdings in ein Gesamtkonzept eingebettet werden müssen. Der Evaluation der laufenden Programme kommt somit eine zentrale Bedeutung zu. Die Ergebnisse dieser Evaluation sind künftig entsprechend aufbereitet allen beteiligten Ebenen zur Verfügung zu stellen (Arzt, ggf. Qualitätszirkel, Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen, Bundesebene in Form des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen).

Screeningprogramme erfordern einen Wirksamkeitsnachweis, der alle relevanten Bestandteile überprüft. Hierzu gehören neben der Eignung der Krankheit auch die evidenzbasierte Überprüfung der angewendeten diagnostischen Tests wie auch der Wirksamkeitsnachweis für die eingeleiteten Therapien. Eine solche evidenzbasierte Überprüfung von Früherkennungsprogrammen ist bislang nicht in Verfahrensrichtlinien etabliert.

Die derzeitige Datenlage ist ungenügend, die Verwertbarkeit der Abrechnungsdaten eingeschränkt. Auch sind aufgrund des Datenschutzes nur Querschnittsuntersuchungen und keine Längsschnittuntersuchungen möglich. Überlegt werden sollte u.a., inwieweit der (derzeit nicht ausgewertete) Mutterpass einbezogen werden könnte. E-

benfalls wird eine verstärkte Einbeziehung präventiver Aspekte in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes als wichtig bewertet. Eine Dauereinrichtung zur Evaluation wird als notwendig erachtet. Eine kontinuierliche, nach Möglichkeit jährliche Berichterstattung über alle laufenden Früherkennungsmaßnahmen auf dieser Basis sollte durchgängig installiert werden. Ist dies erfolgt, sollte die wirkungs- und teilnahme- bzw. zielgruppenspezifische Analyse der Ergebnisse auch in entsprechende Maßnahmen münden.

Bei vielen der oben aufgeführten Verbesserungspotenziale kommt der hausärztlichen Versorgung eine Lotsenfunktion zu (Information und gezielte Weiterleitung der Versicherten an Einrichtungen mit spezifischen präventiven Angeboten, Teilnahmeratensteigerung etc.). Diese ist entsprechend zu definieren und mit Kompetenzen, Koordinationsfunktion, Fortbildungsinformationen und Software-Unterstützung über Praxiscomputer auszustatten.

Zur deutlicheren Wahrnehmung der Relevanz und den Möglichkeiten der Prävention in der ärztlichen Praxis und damit einer Verschiebung der Prävention von einer „Nebenbeileistung“ zu einer zentralen Aufgabe sind Fortbildungen insbesondere für Hausärzte, Gynäkologen und Pädiater dringend erforderlich. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung versucht derzeit das Qualitätszirkelkonzept neu zu beleben. Ein Modell befasst sich mit Prävention, in dem die Ärzte u.a. auf die Grundprinzipien der Prävention hingewiesen werden, Möglichkeiten der Teilnahmeratenerhöhung, Ansprache von Zielgruppen, Vermittlung von Information. Hier besteht ein großer Handlungsbedarf. Nach einer Analyse der bestehenden Fortbildungsangebote in Berlin und Niedersachsen kommt diesen Themen ein untergeordneter Stellenwert zu. Angebote sind vor allem in den Bereichen Arbeits- und Sportmedizin angesiedelt und beziehen sich neben Angeboten zu speziellen Krankheiten vor allem die klassischen Felder Ernährung, Übergewicht, Rauchen und Alkohol. Prävention und Gesundheitsförderung im Alter wird kaum aufgegriffen (Walter et al. 2002a). Gerade bei einer bislang hinsichtlich der Prävention defizitären Ausbildung¹⁶ sollte eine Nachqualifizierung der Ärzte intensiviert werden.

An entsprechende Maßnahmen zur Qualitätsförderung wie beispielsweise Qualitätszirkel teilnehmende Ärzte sollten Früherkennung im Sinne eines Kompetenzzentrums „Früherkennung“ anbieten. Längerfristig wird ein besonders qualifizierter „Arzt für Prävention“ bzw. ein eigenes Gebiet für Präventivmedizin als sinnvoll erachtet.¹⁷

¹⁶ In der neuen, zum 01.10.2003 in Kraft tretenden Approbationsordnung hat die Prävention einen höheren Stellenwert erhalten. Durch die praxisbezogene und fächerübergreifende Strukturierung besteht die Chance, dass sie auch im klinisch-praktischen Abschnitt einen höheren Stellenwert erhält. Es bleibt jedoch abzuwarten, wie diese Inhalte zukünftig vermittelt werden. Das jeweilige Konzept obliegt den medizinischen Fakultäten.

¹⁷ Dies setzt entsprechende Strukturen an den Universitäten voraus. Bislang besteht kein Lehrstuhl für Präventivmedizin an einer deutschen medizinischen Universität. Eine Stiftungsprofessur für Prävention und Rehabilitation an der Medizinischen Hochschule Hannover, Zentrum Öffentliche Gesundheitspflege, ist in Vorbereitung.

Es ist zu begrüßen und hat sich in der Vergangenheit bewährt, wenn einzelne Krankenkassen als Innovateure auftreten und neue präventive Aktivitäten zunächst im Rahmen eines Modellvorhabens auf ihre Praktikabilität untersuchen, bevor eine flächendeckende bundesweite Einführung erfolgt. Einen gesetzlichen „Patentschutz“ darf es jedoch nicht geben, d.h. sobald eine Maßnahme evaluiert und für gut befunden wurde, muss sie den Versicherten aller Krankenkassen zur Verfügung stehen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass alle bestehenden Programme hinsichtlich der Wirksamkeit, Akzeptanz, Teilnahmemuster auch gerade mit Blick auf Problem- und Risikogruppen und Durchführungsqualität unter Alltagsbedingungen einer Neubewertung zu unterziehen und im Hinblick auf die Ressourcenknappheit ggf. neue Akzente in der Programmausrichtung zu setzen sind. Die hierfür erforderlichen Schritte können im zuständigen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen respektive den zuständigen Arbeitsausschüssen eingeleitet werden. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob nach § 219 Abs. 2 SGB V regionale Präventionsinitiativen seitens der Bundesebene gefördert werden können.

4.9.3 Vernetzung der Akteure – Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung

Im Sinne eines „Capacity building“ ist eine Quervernetzung und Koordination der Akteure zu prüfen. So ist beispielsweise das Problem der teilweise geringen Teilnehmeraten an Früherkennungsprogrammen von Ärzten oder von den Kassen nicht alleine ärztlich zu lösen, sondern bedarf der Abstimmung aller an der Prävention und Gesundheitsförderung beteiligten Akteure (Verankerung in der Bildung, Informationskampagnen etc.). Die präventiven Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen betreffen zudem nur jene Bürger, die im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Schon heute zeichnet sich ab, dass im Hinblick auf präventive Maßnahmen unterschiedliche, nämlich niedrigere, Qualitäts- und Versorgungsstandards in der Privatversicherung etabliert werden. Eine sektorenübergreifende, gesamtgesellschaftliche Bearbeitung des Themas Prävention ist deshalb unabdingbar. Die hierfür geeigneten Strukturen wurden im Rahmen des „Runden Tisches“ des BMGS 2002 diskutiert und mündeten in die Einrichtung einer themenbezogenen, auf Dauer angelegten Nachfolgestruktur, des „Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung“.

Prinzipiell wird von allen befragten Experten die Einrichtung des Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung begrüßt. Es bleibt hier allerdings zu hinterfragen, ob eine noch derart unverbindlich organisierte Plattform entsprechende zielgerichtete Wirkung auf die Praxis entfalten kann. Als Problem wird gesehen, dass sich starke Verbände, die nicht koordiniert werden wollen, sich gegenseitig blockieren und lieber eine Entwicklung aufhalten als selber einen, wenn auch nur geringen, Verlust an eigenem Einfluss hinnehmen. Auf der anderen Seite wird die Gründung des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung positiv bewertet, da Defizite in der Institutionalisierung und Abstimmung von Prävention bestehen. Auch die breite Ausrichtung und die Einbindung zahlreicher, bislang nicht verkoppelter

Einrichtungen und Träger wird befürwortet. Einer derartigen übergreifenden Einrichtung werden Chancen zugesprochen, die bestehenden Segmentgrenzen aufzuweichen und zu überwinden. Zur Verstärkung des Einflusses des Forums sollte die Berücksichtigung seiner Empfehlungen gesetzlich verankert werden.

Vereinzelt werden Bedenken gegen eine zentrale „Stiftung für Prävention“ erhoben. Als problematisch wird die Finanzierung beurteilt. Nach Ansicht eines interviewten Experten sollte es grundsätzlich Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen bleiben, individuelle präventive Aktivitäten zu finanzieren. Allerdings erscheint es angemessen, auch die privaten Krankenversicherungen anteilig heranzuziehen, zumal ja auch diese von erfolgreicher Prävention bei ihren in jungen Jahren in der GKV mitversicherten oder versicherten Mitgliedern profitieren, da später geringere Ausgaben anfallen.

Wird die Förderung der Prävention ernst genommen werden, so ist

- (1) eine entsprechende gesetzliche sektorübergreifende Verankerung der präventiven Maßnahmen zu erwägen („Homogenisierung der gesetzlichen Regelungen“)
- (2) eine Struktur zu bedenken, deren Entscheidungen normativ bindende Kraft haben („Koordinierung der Akteure“) und
- (3) über eine angemessene Finanzierung zu befinden.

Wesentliche Voraussetzung dieser Strategie ist die Verständigung über einheitliche nationale Gesundheitsziele, die ex ante festzulegen sind. Die Erreichung dieser Gesundheitsziele muss beständig evaluiert werden (verbunden etwa mit einer 2-jährlichen nationalen Berichtspflicht, z.B. über ggf. auch neben den 2-Jahres-Berichten des SVR, um nationale Aufmerksamkeit zu sichern). Bei Nichterreichen der Gesundheitsziele müssen diese entweder neu justiert werden oder die hierzu eingeleiteten Maßnahmen müssen neu überdacht werden. Insgesamt müssen diese Gesundheitsziele an dem Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet und dürfen nicht in das beliebige Ermessen einzelner, oft unter ökonomischen Gesichtspunkten handelnder Akteure gestellt werden.

4.9.4 Gesetzliche Einzeländerungen und übergreifendes Präventionsgesetz

Im Folgenden werden erforderliche gesetzliche Einzeländerungen in der Vorsorge und Früherkennung aufgezeigt und die Aussagen der befragten Experten zu einem übergreifenden Präventionsgesetz dargestellt.

4.9.4.1 Gesetzliche Einzeländerungen

Ein Novellierungsbedarf des SGB V wird vor allem bei Impfungen gesehen, die bislang Satzungsleistungen darstellen. Verbindliche Kostenübernahmen durch die Krankenkassen könnten durch eine Änderung des SGB erreicht werden, indem Schutzimpfungen als Pflichtleistungen aufgenommen werden.

Andererseits dürfen in Regelungen die Länder aus ihrer Grundzuständigkeit zur Sicherung einer nationalen Seuchenbekämpfung nicht entlassen werden; insoweit kann die GKV nur „subsidiär“, z.B. wegen ihrer größeren Nähe zu den eigenen Versicherten, auftreten; für Privatversicherte sowie für soziale Randgruppen sind entsprechende angemessene Lösungen (PKV, ÖGD) zu verankern.

Für den Bereich der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen werden die bestehenden Einzelgesetze prinzipiell als ausreichend beurteilt, um den Erfordernissen der Prävention gerecht zu werden und sie auf eine breitere Basis zu stellen. Als mühselig wird z.T. vielmehr der Prozess der Entscheidungsfindung beschrieben und die Verfahrensrichtlinien in dem Bundesausschuss für die Umsetzung als hinderlich bezeichnet.

Gesetzlich verankert werden sollte eine regelmäßige Berichtspflicht, ihre Zusammenführung und Auswertung sowie eine (jährliche) Veröffentlichung auf Bundesebene.

4.9.4.2 Übergreifendes Präventionsgesetz

Alle interviewten Experten stehen einem übergreifendes Präventionsgesetz positiv gegenüber. Das Präventionsgesetz sollte zwar taktisch gut vorhandene Programme einbinden, jedoch darüber hinaus gehen und weitere Einrichtungen hineinnehmen.

Betont wird die Notwendigkeit alle Akteure zu benennen und ihnen in den einzelnen definierten Bereichen genau umschriebene Aufgaben zuzuweisen. Die Verpflichtung zur Kooperation wird für unerlässlich befunden, wobei Ziel und Art der Zusammenarbeit gesetzlich fixiert werden müssen. Zur Förderung der Nachhaltigkeit ist eine kurz- und langfristige Dokumentation und Evaluation erforderlich.

5 Prophylaxe von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten – SGB V

Die Verbesserung der Zahngesundheit im Kindes- und Jugendalter ist – neben der AIDS-Prävention – eine der wenigen, in ihrer Bilanz eindeutig positiven Beispiele organisierter präventiver Maßnahmen in Deutschland. 1989 wurde sie erstmals als Aufgabe der Krankenkassen gesetzlich verankert. Gleichzeitig ist sie Aufgabe der Länder. Inzwischen wurden vielfältige Strukturen geschaffen, die neben den gesundheitsbezogenen Effekten, den Kosten und den Barrieren in der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben im folgenden dargestellt werden.

Grundlage des Kapitels bilden neben (1) einer *Analyse der Literatur* (2) *schriftliche Stellungnahmen* der Bundeszahnärztekammer, Berlin, des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitswesens e.V., Dr. Klaus Dürr, Dreieich, des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, Dr. Harald Strippel M.Sc., Essen und (3) *telefonische Interviews* mit Herrn Dr. Klaus Dürr, Vorsitzender des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V., Dreieich, Herrn Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer und Vorsitzender des Ausschusses präventive Zahnheilkunde, Berlin, Herrn Dr. Harald Strippel M.Sc., Fachgebietsleiter Zahnmedizinische Versorgung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, Essen und Herrn Bernd Wiethardt, Vorsitzender des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen und alternierender Vorsitzender der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Kassel. Frau Dr. Angelika Schreiber MPH, Gesundheitsamt Main-Kinzig-Kreis, gab weiterführende Hinweise und Anregungen.

5.1 Mundgesundheit

Erkrankungen des Kauorgans beeinflussen in unterschiedlichster Weise Alltagsbewältigung, Lebensqualität und somatische Erkrankungen (Schreiber 2002, Kirch 2002). Die nach wie vor hohe Kariesprävalenz in der Bevölkerung, der z.T. komplikationsreiche Verlauf der Karies und ihrer Folgeerkrankungen insbesondere bei kleinen Kindern und ihre volkswirtschaftliche Relevanz geben der Prävention von Karies eine hohe Priorität.

Die Mundgesundheit hat sich in den vergangenen Jahrzehnten in Deutschland erheblich verbessert. Betrug die Anzahl der kariösen, wegen Karies fehlenden oder gefüllten bleibenden Zähne (DMFT) bei den 12-Jährigen 1973¹ über 7, verbesserte sich der DMFT-Index 1989 auf 4,1 und erreichte im Jahr 2000 den Wert 1,2² (Reich

¹ Jeweils alte Bundesländer.

² Allerdings bestehen deutliche Schwankungen zwischen den einzelnen Bundesländern: Baden-Württemberg DMFT 1,4 – Mecklenburg-Vorpommern 2,8 (1997). Diese Differenzen verweisen auf einen ähnlichen Gradienten in der Lebenserwartung und Morbidität (Walter 2001).

2002, Pieper 2001). Damit ist Deutschland im internationalen Vergleich von der Gruppe der Länder mit moderatem Kariesbefall (2,7-4,4 DMFT) in die Gruppe mit niedriger Kariesprävalenz (1,2-2,6 DMFT) aufgestiegen und hat den von Skandinavien und der Schweiz vor 10-15 Jahren vorgezeichneten oralepidemiologischen Trend nachvollzogen. Das WHO-Ziel 2000 (2 DMFT) wurde bereits Anfang der 90er Jahre erfüllt, und das Ziel 50 % kariesfreier Kinder zu Schulbeginn mit 47 % (2000) fast erreicht (Reich 2002, Schreiber 2002).³

Als Ursachen des Kariesrückgangs (caries decline) in Deutschland werden gruppen- und individualprophylaktische Maßnahmen sowie die verbesserte häusliche Zahnpflege, das erhöhte Angebot an Fluoriden (fluoridhaltige Zahncremes, fluoridiertes Speisesalz) und die zahnärztliche Versorgung gesehen. Mit welcher Effektstärke die einzelnen Faktoren wirken, ist jedoch unbekannt.

Unumstritten sind die vier Säulen zur Erhaltung der Zahngesundheit: Ernährung, Zahnpflege, Fluoridierung und zahnmedizinische Behandlung (Schreiber 2002).⁴ Bei einem derzeitigen Karieszuwachs von 0,253 Zähnen/Jahr/Kind könnten knapp 0,1 Zähne pro Jahr bzw. 1 Zahn in zehn Jahren vor Karies bewahrt werden (Strippel 2001).

Eine zentrale Rolle kommt der Fluoridierung als vergleichsweise einfache und vom täglichen Verhalten unabhängige Präventionsmaßnahme zu. Bei einer zweimal jährlichen Fluoridlack-Anwendung wird eine Karieshemmung von 38 % angenommen (Helfenstein, Steiner 1994 zit. in Strippel 2001). Der erhebliche karieshemmende Effekt einer Fissurenversiegelung wird besonders bei 12-Jährigen mit schlechtem Mundhygieneverhalten deutlich. Während Jugendliche mit schlechtem Mundhygieneverhalten ohne Versiegelung 2,3 DMF-Zähne aufweisen, haben diese Jugendliche mit Versiegelung einen DMFT-Wert von 1,2 auf und damit eine bessere Zahngesundheit als Jugendliche mit ausreichender eigener Mundspflege aber ohne Versiegelung (DMFT 2,0) (Schiffner, Reich 1999).

Von der Verbesserung der Zahngesundheit haben besonders Kinder von Eltern mit einer geringen und mittleren Schulbildung profitiert (1989: DMFT 4,9 bzw. 4,1, 1997: 1,6 bzw. 2; Schreiber 2002). Durch die aufsuchende Prophylaxe konnten Kinder und Jugendliche erreicht werden, die im Rahmen der Individualprophylaxe kaum angesprochen werden. So führte das Konzept einer aktiven Intensivprophylaxe in einer Hochrisikogruppe in einem sozial schwachen Stadtteil Hannovers zu einer Karieshemmung von 26 % (Robke 1997 zit. in Spitzenverbände der Krankenkassen

³ Steenkiste (2002) weist aufgrund der üblichen Erfassung von Kariesläsionen in einem weit fortgeschrittenen Stadium auf eine Unterschätzung der Kariesprävalenz hin. Die Indikatoren geben damit hauptsächlich Auskunft über einen invasiven, nicht aber präventiven Behandlungsbedarf.

⁴ Dabei zeigt sich, dass einzelne Maßnahmen alleine oft wenig effektiv sind. So ergab sich bei 9-10 jährigen Kindern selbst bei vierteljährlicher Wiederholung eines Individualprophylaxeprogramms *kein* wesentlicher Rückgang der Plaque- und Blutungswerte. Auch viermal jährliche professionelle Zahnreinigungen bei Kindern mit hohem Kariesrisiko hatten keinen nennenswerten Nutzen für die Kariesminderung (Zimmer, Seemann, Bizhang 1997, Zimmer 2000).

2000). Insgesamt zeigt sich nach Berliner Eltern-Befragungen 1986 und 1997 ein gestiegenes Zahnbewusstsein sowie regelmäßige Zahnpflege und Zahnarztbesuche. Auch wenn das Eltern mit geringerer Schulbildung heute ein besseres Wissen zur Mundgesundheit aufweisen, so bestehen noch Defizite hinsichtlich präventiver Wirkungen der Fluoride und des Zähneputzens (Schreiber, Grahl, Os-Fingberg 2000).

Nach wie vor besteht ein sozialer Gradient in der Zahngesundheit. So weisen z.B. in Rheinland-Pfalz Gymnasiasten einen DMFT von durchschnittlich 1,1 auf, Hauptschüler dagegen von 2,6 (Pieper 1998). Nach Untersuchungen zur Zahngesundheit Rems-Murr-Kreis (2000) haben 12-jährige Förderschüler fünfmal, Hauptschüler dreimal und Realschüler fast zweimal so viele D₃₄MF-Zähne wie Gymnasiasten. Deutlich ungleich verteilt sind Fissurenversiegelungen. Relativ schlecht versorgt sind Haupt- und Förderschüler sowie Migranten (Steenkiste 2002).

Insgesamt haben 21,5 % der Jugendlichen 61,2 % aller DMF-Zähne. 8 % der Jugendlichen sind der Hochrisikogruppe zuzurechnen, mit besonders starkem Sanierungsbedarf für Karies. Diese wurden bislang jedoch nur unzureichend mit der Gruppenprophylaxe erreicht (Micheelis, Reich 1999). Inwieweit die im Jahr 2000 gesetzlich eingeführte Intensivprophylaxe zu einer Verbesserung der Situation führt, kann derzeit nicht beantwortet werden.

Ein großes Gesundheitsproblem stellt insbesondere in sozial benachteiligten Gruppen die frühkindliche Karies durch zuckerhaltige Getränke in Saugflaschen dar. Die Spitzenverbände der Krankenkassen (2000) empfehlen deshalb die Ausdehnung der Gruppenprophylaxe auf Geburtskliniken, Stillgruppen, Kinderkrippen, Krabbelgruppen sowie eine Einbindung der Hebammen, Kinder- und Zahnärzte als Multiplikatoren. Zudem wird ein Verbot von leicht handhabbaren Plastikflaschen zu Gunsten von Glasflaschen als sinnvoll angesehen (Strippel 2001).

Während sich im Kindes- und Jugendalter die Zahngesundheit verbessert hat, weisen 35-44-Jährige seit 10 Jahren unverändert einen DMFT von 16,1 auf. Ähnlich sieht es bei den 65-74-Jährigen aus (DMFT: 23,6). Karies und Zahnlosigkeit nehmen signifikant mit geringerer sozialer Schicht zu (Micheelis, Reich 1999).

Eher verschlechtert hat sich die Prävalenz von Gingivitis bei Jugendlichen, von denen 36,1 % deutliche gingivale Entzündungen aufweisen (Schiffner, Reich 1999).

Ein ernstzunehmendes Problem bei Erwachsenen und Älteren sind Erkrankungen des Zahnbettes (Parodontitis), die bei 25 % der 64-74-Jährigen zu schweren Parodontalerkrankungen führt. Zudem steigt – bei zunehmender Zahl der verbleibenden eigenen Zähne – das Risiko für Wurzelhalskaries (Reich 2002). Untersuchungen zur Veränderung der Mundweichteile gewinnen im Alter an Bedeutung. Ein wichtiges präventives Beratungsziel bei Älteren wird bei Rauchen und übermäßigem Alkoholkonsum gesehen (Micheelis, Reich 1999).

Eine Befragung von 577 Zahnärzten im Jahr 2000 zeigt, dass Prophylaxe zwar Eingang in das zahnärztliche Denken und Handeln genommen hat, im Vergleich zu der Patientengruppe der Kinder und Jugendlichen (95 %) bei Erwachsenen (72 %) aber

deutlich weniger angeboten wird. Überwiegend erhalten nur Interessierte Prophylaxemaßnahmen. Die Inanspruchnahme der 35-55-Jährigen wird mit 24 % eingeschätzt, bei den über 55-Jährigen mit 17 % (zum Vergleich: 6-12-Jährige: 60 %) (Schneller, Micheelis, Hendriks 2001).

Erste Konzepte zur (häufig unterschätzten) Individualprophylaxe bei Erwachsenen und Älteren liegen von der Bundeszahnärztekammer (2002) vor. Projekte zur Verbesserung der – im Alltag meist nicht beachteten Mundgesundheit – bei Älteren und Personen in Pflegeheimen geben Hinweise zur Ausschöpfung präventiver Potenziale (z.B. Benz et al. 1998, Reitemeier, Müller, Lehmann 1999, Schwartz 2002).

5.2 Gesetzliche Grundlagen

Die Einführung der Zahnprophylaxe im SGB V erfolgte 1989 mit der Gruppen- und Individualprophylaxe, die in den Folgejahren schrittweise erweitert worden sind (s. Tabelle 5-1). Ziel ist eine umfassende Verbesserung der Mundgesundheit möglichst aller Kinder und Jugendlichen. Die Aufgaben der GKV zur Mundgesundheit schließen sowohl Funktion, Ästhetik und Wohlbefinden als auch die Verhinderung von Erkrankungen und Funktionseinbußen sämtlicher Strukturen des Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereichs ein.

Wiethard (2000) weist auf Unstimmigkeiten zwischen dem Gesetzestext zur Individualprophylaxe (§ 22 SGB V) – Maßnahmen für alle vom 6.-18. Lebensjahr – und der Gesetzesbegründung hin – Maßnahmen bei 6-11-Jährigen nur, wenn intensive Gruppenprophylaxe nicht gegeben ist –, die die „Konkurrenzsituation“ zwischen den gruppen- und individualprophylaktisch tätigen Zahnärzten verschärfte. Eine entsprechende Divergenz besteht zwischen dem Gesetzestext und der Begründung beim § 26 SGB V (Begründung: nur für Kinder ohne Gruppenprophylaxe).

Die Früherkennungsuntersuchungen der Kinderärzte nach § 26 SGB V sind über die Kinder-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen geregelt, die mit Inkrafttreten zum 22. März 2000 ergänzt wurden (s. Tabelle 5-1). Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (FU1-FU3) hat der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen bereits mit Wirkung zum 1. Juli 1999 in Richtlinien beschlossen. Dabei sollen vor allem Kinder betreut werden, die stark kariesgefährdet und nicht in einem anderen Intensivprogramm eingebunden sind sowie Kinder, die keine Einrichtungen besuchen, in denen gruppenprophylaktische Maßnahmen angeboten werden. Die zahnärztlichen Untersuchungen und Aufklärungen ergänzen die alternierend erfolgenden Aufklärungen und Munduntersuchungen durch den Kinderarzt und die Maßnahmen der Basis- und Intensivprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe. Die zahnärztlichen Kinder-Früherkennungsuntersuchungen dienen der Erkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten und der Vorbeugung von Karies und Gingivitis. Sie sehen u.a. Ernährungs- und Mundhygieneberatung der Erziehungsberechtigten, die Empfehlung geeigneter Fluoridierungsmittel und eine halbjährige Anwendung von Fluoridlack zur Kariesvorbeugung bei den Kindern mit hohem Kariesrisiko vor.

Tabelle 5-1: Gesetzliche Grundlagen im SGB V und ergänzende Regelungen der Individual- und Gruppenprophylaxe, Lj.= Lebensjahr

Gesetzliche Regelung	Jahr	Setting	Zielgruppe	Maßnahmen
§ 21 Gruppenprophylaxe (GP)	1989	Kindergärten, Schulen	Kinder bis 12. Lj.	Krankheitserkennung, Kariesrisiko, Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung, Mundhygieneunterweisung
	1993		Kinder mit hohem Kariesrisiko	Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus Spezifische Programme
	2000	Schulen und Behinderteneinrichtungen	Jugendliche bis 16. Lj. mit überdurchschnittlich hohem Kariesrisiko	Hinwirkung auf flächendeckende Maßnahmen Gruppenprophylaxe
§ 22 Individualprophylaxe (IP)	1989	Zahnarztpraxis	Jugendliche vom 12. bis 20. Lj. IP1 IP2 IP3 IP4 IP5	Einmal jährlich zahnärztliche Untersuchung, Schmelzhärtung, Beratung und Motivation zur selbstverantwortlichen Zahnpflege Beurteilung Mundhygienestatus (IP1) Aufklärung über Krankheitsursachen und ihre Verhütung (IP2) Überprüfung des Übungserfolges (IP3) Lokale Fluoridierung der Zähne (IP4) Versiegelung der Fissuren der bleibenden Molaren (IP5)
	1993		Kinder/Jugendliche vom 6. bis 18. Lj	Bes. Betreuung von Kindern/ Jugendlichen mit hohem Kariesrisiko
§ 26 Früherkennungsuntersuchungen für Kinder	1997	Kinderarzt- und Zahnarztpraxis	Kinder bis Vollendung 6. Lj. 21.-24. Monat (U7) 43.-48. Monat (U8) 60.-64. Monat (U9)	Zahngesundheitliche Vorsorge- maßnahmen: Untersuchung auf Karies (U7), Überprüfung Karies und Kiefer-/Zahnstellungsanomalien (U8, U9) (nach KZBV/ KBV: bis zu 2,5 Jahren durch Kinderärzte und bis 6. Lj. durch Zahnärzte)
			30.-42., 49.-72. und 60.-72. Monat (FU1-FU3), hohes Kariesrisiko bzw. keine Gruppenprophylaxe	Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Kariesrisiko, Ernährungs- und Mundhygieneberatung, Fluoridierung
	2000	Kinderarztpraxis	4.-6. Woche (U3) 6.-7. Monat (U7) 10.-12. Monat (U6)	Hinweise zur Mundgesundheit des Kindes (U3), Beratung zur Mundhygiene, zahnschonende Ernährung (U5), Beratung zur Zahnpflege des Kindes (U6)
§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung		Zahnarztpraxis	alle Altersgruppen	Entfernung von Zahnstein und Reizfaktoren, Untersuchung/Beratung zur Früherkennung von Krankheiten

Stellt der Zahnarzt fest, dass es sich um ein Kind mit hohem Kariesrisiko handelt, kann er eine weitere Früherkennungsuntersuchung im 6. Lebensjahr erbringen. Bei Kinder mit hohem Kariesrisiko kommt demnach eine weitere Untersuchung zwischen dem fünften und sechsten Geburtstag (60. und 72. Lebensmonat) hinzu.

Bei Kindern mit hohem Kariesrisiko, die im Alter von zweieinhalb bis unter sechs Jahre sind, ist – abgestimmt auf die Fluoridanwendungen in der Gruppenprophylaxe – die Anwendung von Fluoridlack in der Vertragszahnarztpraxis angezeigt. Diese lokalen Fluoridanwendungen sollen in regelmäßigen Abständen zweimal jährlich vorgenommen werden. Der Zahnarzt sollte sich jedoch vergewissern, ob die Kinder bereits in eine Intensiv-Betreuungsprogramm in der Gruppenprophylaxe eingebunden sind.

Über die Früherkennungsuntersuchungen hinaus ist in der Zahnarztpraxis eine halbjährliche Untersuchung des Kindes und eine Beratung der Mutter (Bema-Nr. 01) ab Geburt abrechenbar (allerdings nicht in der gleichen Sitzung wie mit der FU). Des weiteren sind Beratungen möglich (Bema-Nr. Ä1).

Gemäß § 22 SGB V finanzieren die Krankenkassen fünf vertragszahnärztliche Leistungen der Individualprophylaxe (IP1-IP5) für die 6-17-Jährigen (s. Tabelle 5-1).

Laut § 28 SGB V umfasst die ärztliche und zahnärztliche Behandlung die Tätigkeiten, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten ausreichend und zweckmäßig sind. Nach dem Entfernung von Zahnstein und überstehender Füllungs- und Kronenränder ist es dem Patienten eigenverantwortlich möglich, ohne lokale Komplikationsfaktoren Plaque in der täglichen Mundpflege zu entfernen und dadurch Gingivitis und Parodontitis (Zahnfleischerkrankungen) zu verhindern. Der Früherkennung von Krankheiten dient in allen Altersstufen die vertragszahnärztliche Leistung „eingehende Untersuchung und Beratung“.

Seit 1997 sind die Gynäkologen im Hinblick auf die Verbesserung der Mundgesundheit bei Säuglingen, Kleinkindern und Vorschulkindern im letzten Drittel der Schwangerschaft zur Mundgesundheitsaufklärung verpflichtet (§ 196 Abs. 1 RVO und 23 KVLG 72/89, ergänzende Richtlinien in Kraft seit 1999). Eine Aufnahme des Beratungsinhalts in den Mutterpass ist bislang nicht erfolgt (Wiethardt 2001).

Eine erst 1997 durch das 2. GKV-NOG eingeführte Individualprophylaxe bei Erwachsenen (Maßnahmen zur Schmelzhärtung und zur Keimzahlsenkung) wurde nicht umgesetzt, da der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen keine Richtlinien verabschiedete, bevor die Regelung in der GKV-Gesundheitsreform 2000 wieder abgeschafft wurde.⁵

Neben diesen bundeseinheitlichen Gesetzen bestehen für die Jugendzahnpflege (nach dem bei dem Bundes-Jugendzahnpflegegesetz 1964 der Bundesrat die Kompetenz

⁵ Einzelne Krankenkassen haben aufgrund dieser Gesetzesnorm und in Zusammenhang mit § 13 SGB V Rechnungen von Zahnärzten für professionelle Prophylaxe erstattet.

und sogar den Bedarf einer bundesgesetzlichen Regelung bestritt) rechtliche Regelungen auf Landesebene. Sie zeichnen sich nicht nur inhaltlich durch eine große Heterogenität aus, sondern auch in ihrer Rechtsform (Gesetze – z.T. noch aus dem Jahr 1945, Verordnungen, Erlasse, Richtlinien, Mitteilungen etc.). Ein spezielles Jugendzahnpflegegesetz liegt nur für Schleswig-Holstein vor. Teilweise wird die Jugendzahnpflege in landesspezifischen Gesetzen für Schulen, Kindertagesstätten und Kindergärten geregelt. Nicht alle Länder haben jedoch entsprechende rechtliche Regelungen für die Durchführung der Gruppenprophylaxe geschaffen (Wittmann 1998, Wiethard 2000).

In den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder werden die bevölkerungs- und gruppenorientierten Aufgaben der Zahnärztlichen Dienste in den Gesundheitsämtern sowie die Gesundheitsförderung unter Einbeziehung präventiver Maßnahmen zur Vermeidung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen auf der Basis der Gesundheitsberichterstattung beschrieben. Zielgruppen sind insbesondere Kinder und Jugendliche, so dass hier die Basis für das Zusammenwirken mit den weiteren Partnern der Gruppenprophylaxe auf Länderebene fixiert wurde.

Die Vielfalt der rechtlichen Regelungen schlägt sich in unterschiedlich definierten Inhalten wieder hinsichtlich des Alters der zu betreuenden Kinder, der Häufigkeit und Art der durchzuführenden Maßnahmen, spezifischen Programmen für Karies-Risiko-Kinder (nur in zwei Ländern) der Verankerung der Mitwirkungspflicht, Verweisungsverweisen von Kindern, die nicht betreut werden können oder an den Zahnarzt verwiesen werden (in acht Ländern nicht geregelt) und Empfehlungen für Schulen (nicht in allen Ländern) (s. ausführlich Wittmann 1998). Wittmann (1998) weist auf die Notwendigkeit einer Vereinheitlichung der teils unterschiedlich verwandten, teils synonym gebrauchten (älteren) Begriffe der Jugendzahnpflege (zahnärztliche Untersuchung zur Bekämpfung von Erkrankungen bzw. zur Pflege und Gesunderhaltung der Zähne/des Kiefers) und des neueren Begriffes der Gruppenprophylaxe (Maßnahmen nach § 21 SGB V nach den Grundsätzen der deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege) hin.

Die private Krankenversicherung wurde vom Gesetzgeber nicht in Beteiligung zur Gruppenprophylaxe eingeschlossen. Ebenfalls erfolgt keine Mitwirkung der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und der Beihilfestellen. Die genannten Einrichtungen decken einen Bevölkerungsanteil von 12 % ab (Wiethardt 1996).

5.3 Kooperationen und Strukturen

Bereits vor 1989 haben sich die Krankenkassen vereinzelt im Bereich Zahngesundheit engagiert. Erstmals verabschiedeten 1983/84 die einzelnen Spitzen- und Bundesverbände der Krankenkassen jeweils getrennt mit dem Bundesverband der Deutschen Zahnärzte inhaltlich voneinander abweichende Grundsätze und Empfehlungen zur Förderung der Gruppenprophylaxe (Wiethardt 1996). Von der Zahnärzteschaft wurde das (auch heute noch bestehende) Obleute-Konzept verfolgt. Eine Zusammen-

führung und Abstimmung dieser Maßnahmen erfolgte erst infolge der 1989 gesetzlich vorgeschriebenen Einigung.

Die gesetzliche Einführung der Gruppenprophylaxe war zunächst von der Zahnärzteschaft heftig umstritten.

5.3.1 Übergreifende Vereinbarungen

Nach § 21 SGB V sind die Krankenkassen, Zahnärzte und „die in für die Zahngesundheitspflege zuständigen Stellen“ auf Landesebene verpflichtet, die entsprechenden gruppenprophylaktischen Maßnahmen vorrangig in Kindergärten und Schulen durchzuführen, um Zahnerkrankungen bei den bis zu 12-Jährigen Kindern zu verhindern.

Im Sommer 1989 wurde die gesetzlich geforderte Rahmenvereinbarung auf Bundesebene zu Inhalten, Finanzierung und Dokumentation zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Bundeszahnärztekammer, dem Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, die auf Bundesebene abstimmende Aufgaben der Landesarbeitsgemeinschaften übernimmt, geschlossen. Sie bildet die Grundlage für die Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit auf Landesebene.

Einen Überblick über Einrichtungen und Kooperationen in der Mundgesundheit auf Bundes- Landes- und kommunaler Ebene gibt die Abbildung 5-1.

5.3.2 Strukturen auf Landes- und kommunaler Ebene

In einem langwierigen Prozess wurden in allen Ländern die geforderten Vereinbarungen zur Förderung der Gruppenprophylaxe abgeschlossen und Strukturen wie Landesarbeitsgemeinschaften und etwa regionale Arbeitsgemeinschaften zur Koordination der Jugendzahnpflege gegründet. In den 17 Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege (LAG) arbeiten u.a. das Land, die Landes Zahnärztekammer und Krankenkassen im Bereich der Gruppenprophylaxe zusammen. Regionale Arbeitsgemeinschaften, die oft privatrechtlich als Verein organisiert sind, sind mit derzeit ca. 380 fast flächendeckend vertreten.

Die Strukturen unterscheiden sich – entsprechend dem föderalen System, unterschiedlichen Rechtsformen und unterschiedlicher Gegebenheiten vor Ort – von Bundesland zu Bundesland und innerhalb der regionalen Arbeitsgemeinschaften allerdings deutlich. Auch die Wahrnehmung der örtlichen Koordination ist unterschiedlich geregelt.

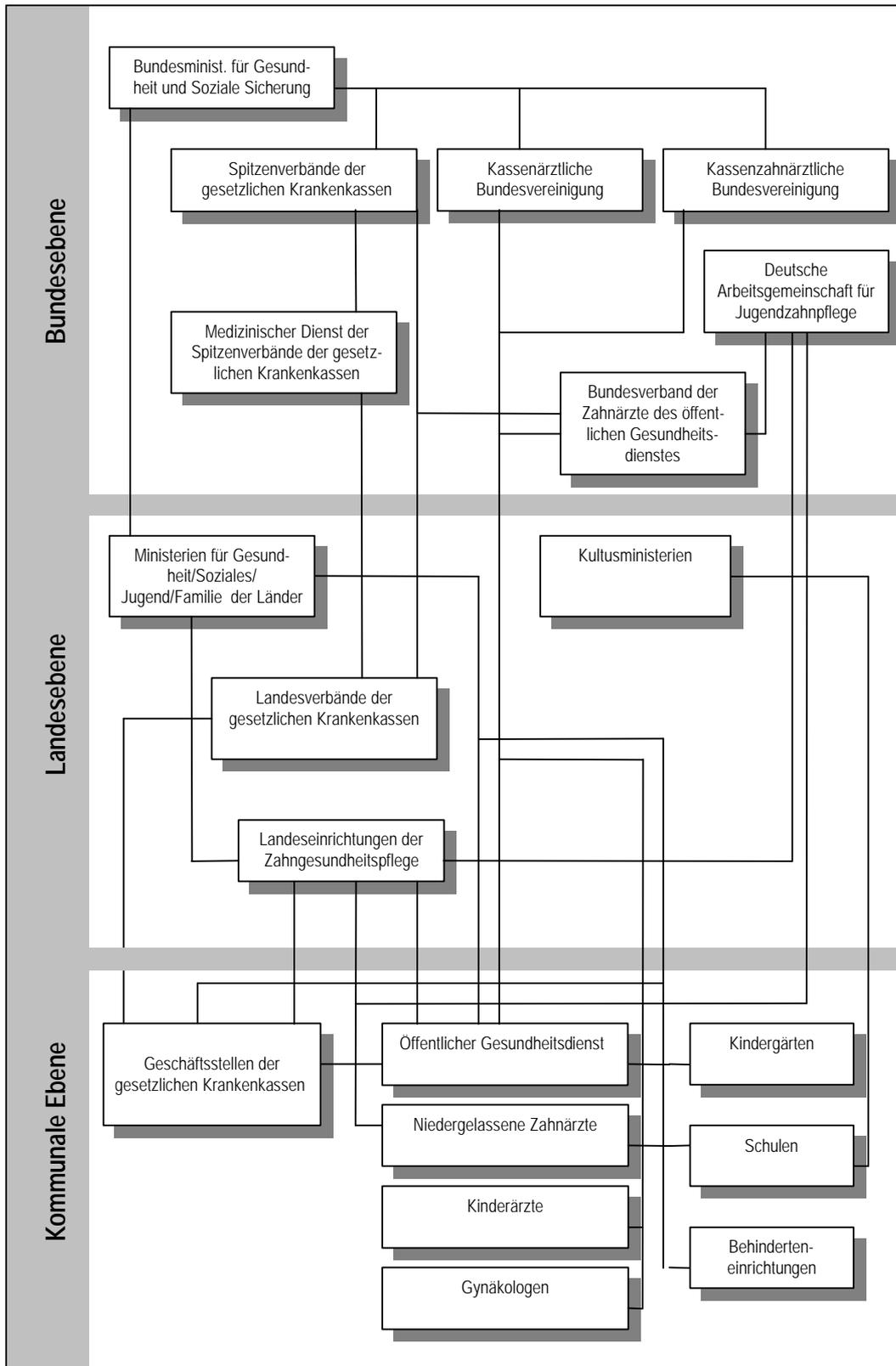


Abb. 5-1: Einrichtungen und bestehende Kooperationen in der Mundgesundheit (vereinfachte Darstellung)

Wiethard (2000) sieht als Ursache für die Vielgestaltigkeit der Organisation der Gruppenprophylaxe die unklaren Vorgaben des Bundesgesetzgebers. So sind die Kooperationspartner – Krankenkassen, Zahnärzte, zuständige Stellen für die Zahngesundheitspflege auf Landesebene – für eine einheitliche und vergleichbare Umsetzung nicht hinreichend präzisiert.

Die Vielfalt (und die Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit) werden nicht zuletzt bestimmt durch die Interessen der beteiligten Partner, die Bereitschaft der Krankenkassen und der Länder zur Finanzierung, die Beteiligung und Honorarvergütung der niedergelassenen Zahnärzte, den personellen und sächlichen Ressourcen der Zahnärztlichen Dienste in den Gesundheitsämtern. Eine Vereinheitlichung der Strukturen wird von einigen befragten Experten als wesentlich angesehen.

Als Vorteil der Vielfalt wird dagegen gesehen, auf die regionalen Anforderungen und Gegebenheiten eingehen zu können. Sie beinhaltet jedoch gleichzeitig die Problematik, Verantwortlichkeiten auf den jeweils anderen Partner delegieren zu wollen (s. Kap. 5.4). Als erschwerend wird seitens des ÖGD gesehen, dass diesem verbindlich eine Koordinationsaufgabe nicht übertragen wurde. Die teilweise von den Kassen als sinnvoll erachtete Übernahme der Koordinationsfunktion wird seitens des ÖGD aufgrund häufig fehlender fachlicher Kompetenz und mangelnder Kenntnis der Strukturen in den Einrichtungen dagegen als nicht sinnvoll angesehen.

Der ÖGD ist zur Teilnahme an der Jugendzahnpflege verpflichtet. Eine arbeitsfähige Struktur liegt jedoch nicht in jedem Bundesland vor. Während Brandenburg diesbezüglich eine beispielhafte Infrastruktur auf Landes- und kommunaler Ebene aufweist und die Organisation der Gruppenprophylaxe vollständig beim ÖGD liegt, sind in Bayern und Rheinland-Pfalz nur sehr vereinzelt Zahnärzte im ÖGD tätig.

Eine verstärkte Aufmerksamkeit der Länder für das Thema Mundgesundheit und eine Intensivierung der Strukturen auf der Landes- und kommunalen Ebene wird in den meisten Bundesländern als notwendig erachtet.

5.3.3 Personal

Als Personalrelation für die Gruppenprophylaxe wurden 1995 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen vorgeschlagen, dass auf einen Zahnarzt mindestens ein in der Gruppenprophylaxe ausgebildeter Prophylaxehelfer oder Zahnarzhelfer kommt, sowie ein Zahnarzhelfer und eine teilzeitbeschäftigte Verwaltungskraft.

11.500 Personen waren im Schuljahr 2000/2001 in der Gruppenprophylaxe tätig. Davon haben niedergelassene Zahnärzte einen Anteil von 88,0 %. Ausschließlich in der Gruppenprophylaxe tätige Jugendzahnärzte weisen einen Anteil von 4,2 % und Prophylaxefachkräfte von 7,8 % auf (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege 2002). Im ÖGD sind bundesweit ca. 500 Zahnärzte und ca. 500 Zahnarzhelferinnen tätig. Hinzu kommen Prophylaxehelferinnen.

Fortbildungen zum Bereich Gruppenprophylaxe werden vor allem durch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) und z.T. von der Akademie in Düsseldorf angeboten, weniger von den Landes Zahnärztekammern. Teilweise werden interne Fortbildungen von den Landesarbeitsgemeinschaften durchgeführt.

Sowohl für Zahnärzte als auch für (Gruppen-)Prophylaxehelfer sollte eine berufs begleitende Fort- und Weiterbildung mit Hospitation in vorbildlichen Einrichtungen institutionalisiert werden.

5.4 Kosten und Finanzierung

Das folgende Kapitel gibt einen Einblick in ökonomische Aspekte der Mundprophylaxe auf. Ausgehend von dem Kosten und Nutzen verschiedener Maßnahmen erfolgt eine vertiefende Betrachtung der derzeitigen Ausgaben der Mundprophylaxe und eine Analyse des bestehenden Finanzierungssystems.

5.4.1 Wirtschaftlichkeit präventiver Maßnahmen

Karies gilt als die teuerste ernährungsbedingte Volkskrankheit. 1999 entfiel ein Drittel aller Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für ambulante Behandlung auf die zahnärztliche Versorgung (ohne Ausgaben für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2000). Prävention muss nicht zwangsläufig zu einer Zunahme an konservierend-chirurgischen Leistungen und Zahnersatzleistungen führen, vor allem wenn es gelingt, die Bevölkerung zu präventiven Zahnpflegeverhalten zu motivieren (Schneider 2002).

Eine modellhafte Kosten-Nutzen-Analyse zur Kariesprophylaxe bei Grundschulkindern zeigt – bei gleichen Ausgangsbedingungen wie einer Karieshemmung von 38 % und einer erreichten Karieshemmung von 0,1 Zahn/Jahr/Kind – eine Zunahme der Kosten und der Kosten-Wirksamkeit von bevölkerungsweiten über gruppenbezogenen Maßnahmen bis hin zur Individualprophylaxe (Strippel 2001a, s. Tabelle 5-2).

Tabelle 5-2: Kosten-Nutzen Berechnung der Kariesprophylaxe bei Grundschulkindern (nach Strippel 2001a)

	Kosten in DM pro Kind und Jahr	Kosten pro verhindertem kariösen Zahn	Erreichter Anteil der Kinder (z.T. geschätzt)	Karieshemmung (Zähne pro Jahr) bei 1.000 Kindern in Abhängigkeit vom Erreichungsgrad	Kostenaufwand bei 1.000 Kindern in DM pro Jahr
Fluoridsalz-Verwendung	0,94	9,40	50%	48,07	470
Gruppenprophylaxe					
Basisprophylaxe inkl. Mundgesundheitserziehung, 2 x jährl. Fluoridlack-Applikation	32,00	320,00	7%	6,73	2 240
Basisprophylaxe wie oben plus Intensivprophylaxe in der Risikogruppe (6 x jährl. Mundgesundheitsserz.g u. Fluoridlack-Applikation)	60,00	600,00	0,1%	0,10	60
Individualprophylaxe (2 x IP 1, 1/3 x IP 2, 1 1/3 x IP 3, 2 x IP 4)	137,70	1377,00	25%	24,04	36 000

5.4.2 Ausgaben für Mundprophylaxe

Die Kosten für die Gruppenprophylaxe werden sowohl von den Krankenkassen als auch von den Ländern getragen. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist nach eigenen Berechnungen auf kommunaler Ebene in den Bundesländern mit ca. 51 Mio. DM (2000) an der Umsetzung der Gruppenprophylaxe beteiligt. Die mangelhafte Finanzierung seitens der Länder wird von den meisten befragten Experten kritisiert.

Die Krankenkassen finanzieren Honorare für niedergelassene Zahnärzte und ihre Teams, zahnärztliches Assistenzpersonal und Sachkosten sowie die Entwicklung spezifischer Programme für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko. Die GKV-Ausgaben beliefen sich im Jahre 2001 für die Prophylaxemaßnahmen nach §§ 21, 22 und 26 SGB V auf insgesamt 792,8 Mio. DM (s. Abb. 5-2), davon entfielen 63,5 Mio. DM auf gruppenprophylaktische Maßnahmen – und damit deutlich weniger als seinerzeit vom Gesetzgeber voraus kalkuliert.

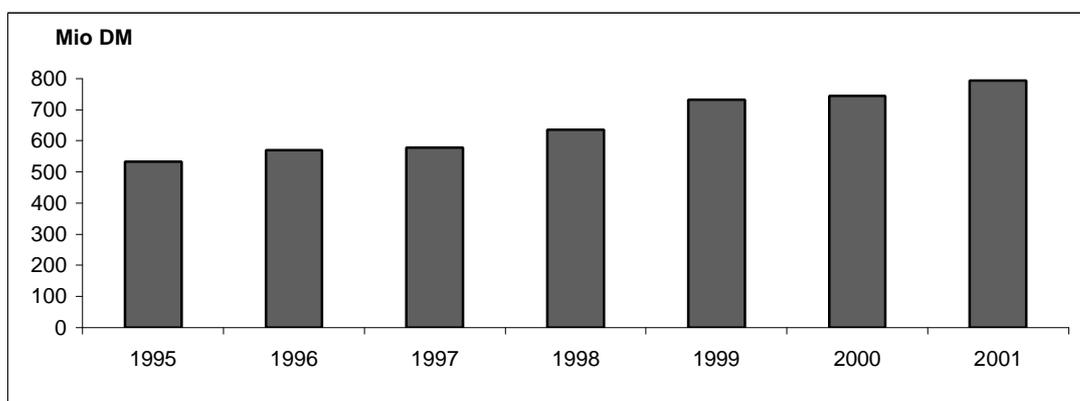


Abb. 5-2: Entwicklung der Ausgaben der GKV für Kariesprophylaxe nach §§ 21, 22, 26, 1995-2001

Zur Finanzierung der Gruppenprophylaxe wurden vom Gesetzgeber 1988 jährliche Finanzmittel in Höhe von 200 Mio. DM angesetzt, die unabhängig von den Ausgaben für die vertragszahnärztliche Versorgung zur Verfügung gestellt werden sollen. Nach den Spitzenverbänden der Krankenkassen (2000) könnte diese Summe durch das Hinzutreten der neuen Bundesländer und die damit erhöhte Zahl der Anspruchsberechtigten sogar auf ca. 270 Mio. DM veranschlagt werden.

Mit dem Ausbau der Intensiv-Gruppengruppenprophylaxe (2000) sollen jährlich zusätzlich 10 Mio. DM/Jahr zur Verfügung gestellt werden, was vor dem Hintergrund der hohen Anzahl zu betreuender Kinder seitens der Bundeszahnärztekammer als zu gering angesetzt eingeschätzt wird

Die Krankenkassen haben 2001 knapp 19,5 Mio. Mark für die neu eingeführten zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen aufgewandt. Für Maßnahmen der Individualprophylaxe gaben die Krankenkassen 2001 710 Mio. Mark aus. Im Jahr 2000 wurden die drei Leistungen – Zahnsteinentfernung, Entfernung von Reizfaktoren, Untersuchung/Beratung (§ 28 SGB V) – 118 Mio. mal erbracht, wobei die Ausgaben etwa 2,7 Mrd. Mark betragen. Eine differenzierte Betrachtung nach Ausgaben zeigt die Abbildung 5-3.

Da die Krankenkassen derzeit in die Individualprophylaxe ca. 10 mal so viel investieren wie in die Gruppenprophylaxe, fordern sie eine Beschränkung der Individualprophylaxe (§§ 22, 26 SGB V) auf eine die Gruppenprophylaxe ergänzende Maßnahmen.

Um die Defizite zu beheben, fordert die Bundeszahnärztekammer zukünftig eine ausreichende Mittelbereitstellung bzw. Ressourcenumverteilung zugunsten der Gruppenprophylaxe durch die GKV. Nach dem Vorliegen der Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Bundeszahnärztekammer halten sie zudem eine Novellierung der Gebührenordnungen für die Krankenversicherungen für notwendig, um deren Versicherten einen gerechten Zugang zu den modernen zahnärztlichen Leistungen zu ermöglichen.

Dies jedoch muss vor dem Hintergrund gesehen werden, dass mit der Gesundheitsreform 2000 das Leitbild einer präventionsorientierten Zahnheilkunde gesetzlich im SGB V verankert wurde. Dazu gehört auch eine entsprechende Bewertung in dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (Bema) sowie die Modernisierung des zahnmedizinischen Leistungskataloges der GKV. Allerdings hat die gemeinsame Selbstverwaltung der Zahnärzte und Krankenkassen es weder innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Frist (Dezember 2001) noch innerhalb der Nachfrist (Juli 2002) geschafft, sich auf eine Modernisierung und Neubewertung des Bema zur Implementierung einer ursachengerechten, zahnschonenden und präventionsorientierten Zahnheilkunde nach § 87 Abs. 2d SGB V zu einigen.⁶

⁶ Der zweite Bewertungsausschuss hat sich nun selbst eine Frist zum Abschluss der Vereinbarung auferlegt (Mitte Mai 2003).

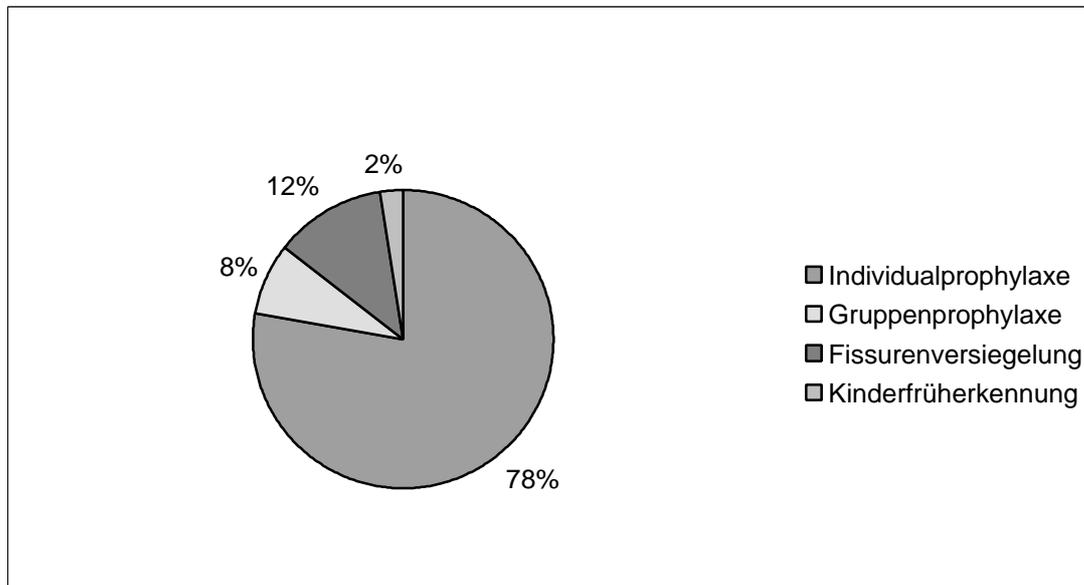


Abb. 5-3: Ausgaben der GKV für Kariesprophylaxe 2001

In Relation zum Bruttoinlandsprodukt liegt Deutschland mit einem Ressourceninput von durchschnittlich 200 €/Kopf (2000) nach der Schweiz an zweiter Stelle in Europa (Schneider 2002). Eine Bereitschaft zur weiteren Bereitstellung von Ressourcen für die Zahngesundheit seitens der öffentlichen Hand und der – ebenfalls einem ständigen Kostendruck und derzeitigem Defizit unterliegenden – Krankenkassen erscheint deshalb unrealistisch.

Die Bundeszahnärztekammer sowie die Spitzenverbände der Krankenkassen fordern unter den Bedingungen begrenzter Mittel für Gesundheitsausgaben deshalb, dass die Privaten Krankenversicherungen entsprechende finanzielle Mittel zur Verfügung stellen, denn auch sie profitieren von den positiven Auswirkungen der Gruppenprophylaxe. Die Einbindung der PKV in die Kosten wird bereits seit einem Jahrzehnt beantragt – bislang ohne Erfolg.

5.4.3 Finanzierungssystem

Eine bundeseinheitliche Finanzierung der Gruppenprophylaxe besteht derzeit nicht. Jährlich werden auf Landes- und kommunaler Ebene Haushaltspläne beschlossen. Grundlage der Kostenaufteilung bei den Krankenkassen bildet der jeweilige Mitgliederanteil. Die Höhe der bereitgestellten Ressourcen von den Krankenkassen und der öffentlichen Hand differiert zwischen den Regionen.

Eine Ausnahme bildet Brandenburg, wo die Krankenkassen einen Pauschalbetrag an das Land zur Durchführung der Gruppenprophylaxe zahlen.

Das derzeitige Finanzierungssystem beinhaltet die Problematik, dass eine erhebliche Abhängigkeit von der Finanzierungsbereitschaft der regionalen Krankenkassen und der öffentlichen Hand besteht und sogar wechselseitig dazu führen kann.

Als notwendig für den Aufbau und die Absicherung langfristiger Strukturen und damit der Umsetzung einer bundesweit flächendeckenden und einheitlichen präventiven Betreuung der Kinder und Jugendlichen wird von einigen befragten Experten (ÖGD, Krankenkasse) die Festsetzung eines konkreten, den Einnahmen anzupassenden Betrages gesehen, der für die Gruppenprophylaxe pro Kind ausgegeben werden muss (ähnlich den Vorgaben im § 20 SGB V). Dem wird die Befürchtung von anderen Interviewpartnern die Befürchtung entgegengesetzt, dass dies zu einem weiteren Abbau des ÖGD führen würde. Dies wäre fatal, da aus der Logik des gesetzlich vorgesehenen Kassenwettbewerbs heraus nicht zu erwarten ist, dass die Krankenkassen für gemeinsame und einheitliche Aufgaben tatsächlich viel Elan aufbringen. In einer Verpflichtung zu Mindestausgaben wird zudem die Gefahr zu unsinnigen Ausgaben und Maßnahmen gesehen.

5.5 Anreize

Ein Prophylaxepass für Kinder und Jugendliche, der gruppen- und individualprophylaktische Maßnahmen dokumentiert und Impulse für eine weitere Betreuung vermittelt, wird von den befragten Experten sowohl begrüßt als auch aufgrund fehlender finanzieller Anreize abgelehnt. Bislang liegt kein abgestimmter Pass von den beteiligten Einrichtungen vor. Vielmehr werden von mehreren Einrichtungen entsprechende Pässe herausgegeben, z.B. von den Landeszahnärztekammern Deutschlands, einzelnen Gesundheitsämtern bis hin zu Zahnpasta- und Kaugummiherstellern.

Während die Bundeszahnärztekammer finanzielle Anreizstrukturen (Bonussysteme) und die Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten (oral health self care) befürwortet, werden die Notwendigkeit weiterer Anreizsysteme in der Mundgesundheit seitens der befragten Experten der Krankenkasse und des ÖGD nicht als notwendig erachtet. Strippel (2001b) weist auf die Bedeutung von Anreizen für Krankenkassen, Patienten und Zahnärzten im Hinblick auf eine Verbesserung der Qualität hin – bisher „lohnt“ sich Qualität nicht. Des Weiteren ist – wenn grundsätzlich Anreize für Qualität geschaffen sind – im Rahmen der Qualitätssicherung auch die Qualitätskontrolle durch Externe vorzusehen.

Das Bonusheft, das die Teilnahme an Untersuchungen dokumentiert, die der Früherkennung dienen sollen, wird teilweise aufgrund der Verknüpfung mit Maßnahmen der Spätversorgung kritisiert. Daten zur Inanspruchnahme liegen nicht vor, über Sensitivität und Spezifität ist nichts bekannt. Lediglich 1988 (Schneider 1988) erfolgte eine vertiefende Betrachtung von Bonussystemen anhand von Simulationsmodellen.

Der ÖGD beurteilt das derzeit bestehende Bonusheft ab dem Alter von 12 Jahren durch die Bindung an Zahnarztpraxen als positiv, kritisiert jedoch, dass in Härtefällen durch die generelle Gewährleistung von 100 % der Leistungen das Bonusheft kein Regularium darstellt.

Schneider (2002) weist bei dem bestehenden Bonussystem in der konservierend-chirurgischen Behandlung allerdings darauf hin, dass der Preis zwischen Behandlung

und Prävention zu Ungunsten der Prävention ausfällt und im Ausland konservierende Behandlungen i.d.R. auch der Selbstbeteiligung unterliegen. Nach seiner Ansicht sind Selbstbeteiligungen von 10-20 % zu wenig, „wenn die Selbstbeteiligungskosten mit den Kosten einer den wissenschaftlichen Anforderungen entsprechenden Oralprävention in Beziehung gesetzt werden soll“ (Schneider 2002, S. 104).

5.6 Umsetzung der rechtlichen Regelungen

Im folgenden werden die Umsetzung der §§ 21, 22 und 26 dargestellt.

5.6.1 Gruppenprophylaxe (§ 21 SGB V)

Ausgehend von der Darstellung des Konzeptes wird die Umsetzung in der Praxis differenziert betrachtet einschließlich der bestehenden Kooperation und tatsächlichen sowie von den Partnern wahrgenommenen Barrieren.

5.6.1.1 Konzept

Die Gruppenprophylaxe umfasst sowohl primär- als auch sekundärpräventive Maßnahmen. Die Trias der Gruppenprophylaxe mit ihren Bausteinen zahnmedizinische Prävention, Verhaltens- und Verhältnisprävention wird von allen Beteiligten als wichtiger Ansatz in gruppenbezogenen Maßnahmen betrachtet, um die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen nachhaltig und langfristig zu verbessern. Die Teilnahme an der Gruppenprophylaxe ist bislang weder auf Bundes- noch auf Landesebene für die Kinder bzw. deren Eltern gesetzlich verpflichtend. Lediglich bei einer Fluoridierung ist ein schriftliches Einverständnis der Eltern erforderlich.

In der Gruppenprophylaxe ist nach dem Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen 1995 (s. auch Abb. 5-4) als Basisprophylaxe zweimal jährlich Gesundheitserziehung und Fluoridanwendung vorgesehen, als Intensivprophylaxe zusätzlich bis zu viermal jährlich Gesundheitserziehung und Fluoridanwendung.

Das aktive Herantragen präventiver Leistungen an Kinder und Jugendliche ermöglicht es, die typischen sozialspezifischen Unterschiede der Inanspruchnahme medizinischer/zahnmedizinischer Leistungen zu reduzieren, da im Setting Kindereinrichtung auch sozial oder gesundheitlich Benachteiligte anzutreffen sind. Es wird so die Möglichkeit genutzt, Personen mit höheren Gesundheitsrisiken und/oder sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen gezielt anzusprechen ohne zu stigmatisieren.

Die Schaffung eines gesundheitsförderlichen Umfeldes in der Kindereinrichtungen (tägliches Zähneputzen insbesondere in Kindertagesstätten/Kindergärten, Zubereitung und Angebot zahngesunder Mahlzeiten) wird durch die in der Gruppenprophylaxe Tätigen mit beeinflusst. Der Setting-Ansatz mit der Kombination verhaltens-

und verhältnispräventiver Maßnahmen bewirkt bei entsprechend langfristiger Anlage eine größere Nachhaltigkeit der zu erzielenden Effekte als individuelle Maßnahmen.

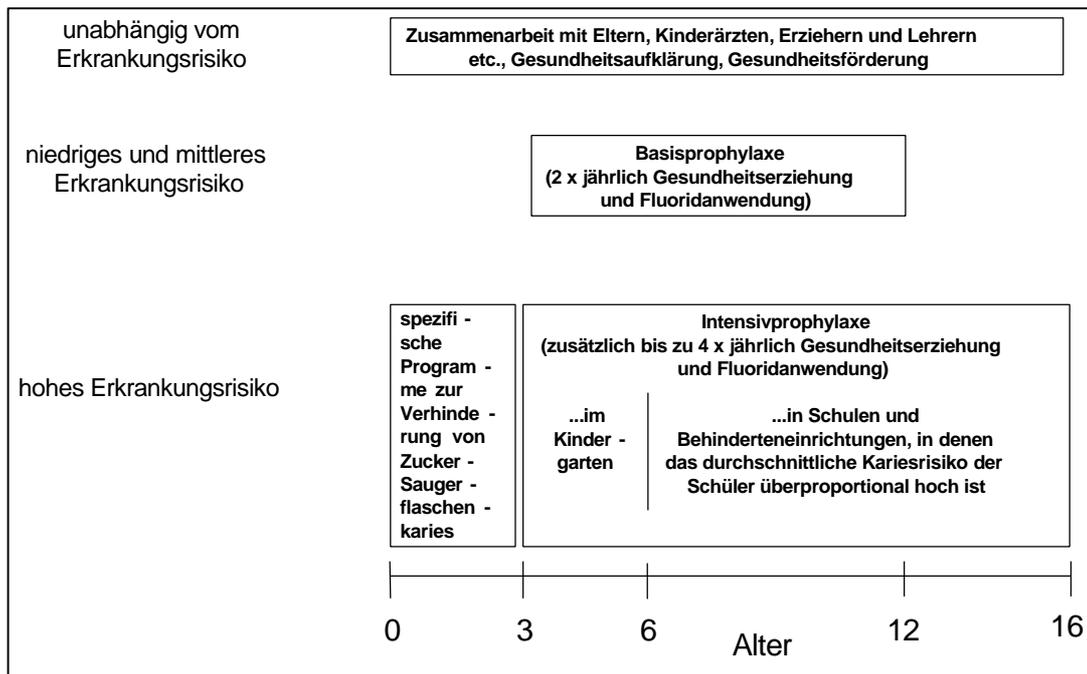


Abb. 5-4: Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsförderung, Basisprophylaxe und Intensivprophylaxe in verschiedenen Altersstufen. Die Sekundärprophylaxe – Reihenuntersuchung und ggf. Verweis an die Zahnarztpraxis – tritt jeweils hinzu (Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen 2000, S. 20)

Einzubeziehen sind Erzieher, Lehrer und Eltern. Neben der Vermittlung von gesundheitsförderlichem Wissen, Gewohnheiten und Verhalten (z.B. muss ein Kindergartenkind das richtige Zähneputzen entsprechend seinem Entwicklungsstand lernen), wird durch die zahnmedizinische Intervention (Zahnschmelzhärtung) ein ausgewogenes Mix primärpräventiver Maßnahmen für diese Zielgruppe erbracht. Kinder werden so in ihrer Kompetenz gestärkt und entwickeln Eigenverantwortlichkeit.

Einen besonderen Stellenwert haben zahnärztliche Untersuchungen. Sie beinhalten die Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die Erhebung gesundheitlicher Daten.

5.6.1.2 Leistungserbringung

Bislang werden die vorgesehenen Maßnahmen allerdings nicht im vollen Umfang erbracht. Insgesamt ist die Umsetzung sehr heterogen und stark von regionalen Gegebenheiten geprägt (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege 2002).

Nach Erhebungen des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (2001) werden durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ca. 500 Zahnärzte und Mitarbeiter) die Hälfte der Kindergarten- und Schulkinder gruppenprophylaktisch betreut. Von 1,5 Mio. Kindergartenkindern erhielten 1999/2000 durch

den ÖGD 678.000 gruppenprophylaktische Maßnahmen (45 %), 711.000 (47 %) wurden zahnärztlich untersucht. Von 3,3 Mio. Schulkinder der Klassen 1-6 erhielten durch den ÖGD 1,5 Mio. (45 %) gruppenprophylaktische Maßnahmen, 2,1 Mio. (64 %) wurden zahnärztlich untersucht. Die Zielgruppen werden damit noch nicht in dem Umfang erreicht, wie sie vom Gesetzgeber vorgegeben wurden.

Eine fast vollständige Übersicht über die Aktivitäten der Landes- und Kreisarbeitsgemeinschaften in 15 Bundesländer und dem Landesteil Nordrhein (Beteiligung: 98,7 %) gibt für das Schuljahr 2000/2001 die Dokumentation der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (2002). Von den theoretisch gruppenprophylaktisch zu betreuenden 7,2 Mio. Kindern in Kindergärten (2,1 Mio.) und Schulen (5,1 Mio.) profitieren von einer einmaliger Gruppenprophylaxe noch zwei Drittel der Basisseinrichtungen, mehrmalige Prophylaxebesuche pro Jahr in einer Einrichtung nehmen deutlich ab. So wurden in Kindergärten 62,3 % (1,3 Mio.), in Grundschulen 67,3 % (2,1 Mio.) und in weiterführenden Schulen 21,8 % (0,3 Mio.) erreicht. Während noch jedes fünfte bis siebte Kind einen zweiten Besuch erhielt, wurden weitere Besuche nur sehr selten durchgeführt (s. Abb. 5-5). In Sonderschulen und Behinderten lag der Betreuungsgrad bei 43,2 %, bei über 30 % erfolgte eine mehrmalige Prophylaxe.

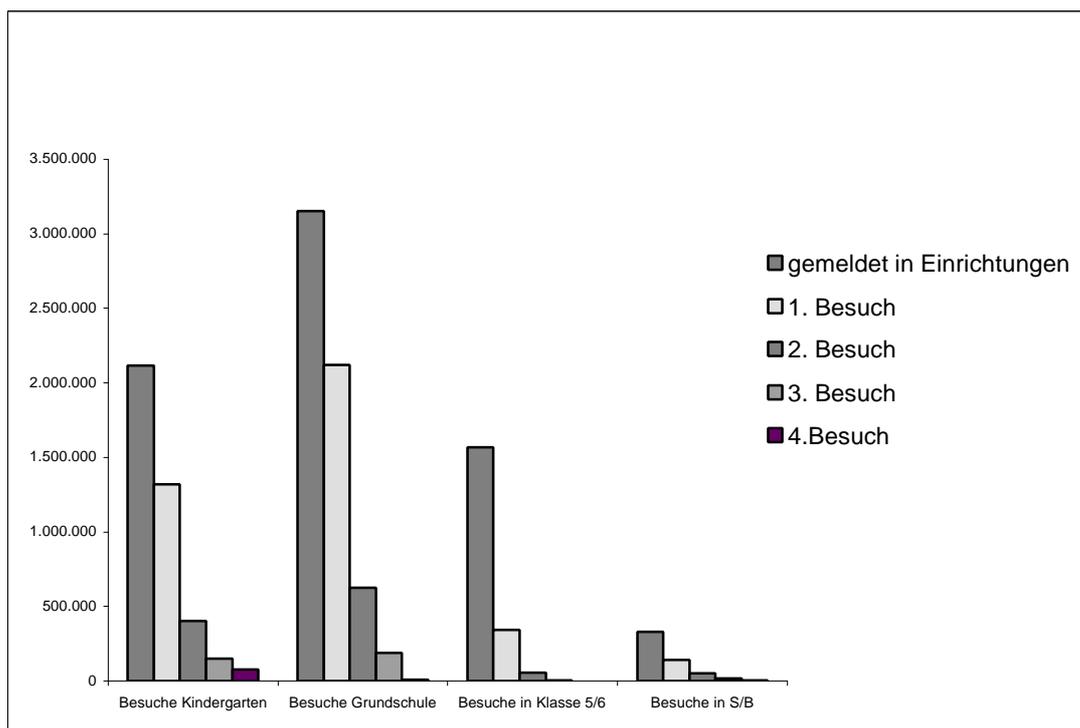


Abb. 5-5: Vergleich erreichter Kinder/Jugendlicher zur Zahl der in den Einrichtungen gemeldeten Kindern und Jugendlichen, S/B = Sonderschulen/Behinderteneinrichtungen (nach DAJ 2002)

Bemängelt wird, dass bei den Besuchen nicht alle notwendigen und effektiven Methoden zur Verbesserung der Mundgesundheit angewandt werden. Besondere Defizite werden immer noch bei der Fluoridierung gesehen (Spitzenverbände der Krankenkassen 2000), auch wenn ihr Anteil und die Effektivität der Fluoridierung in den vergangenen Jahren gesteigert werden konnten. Am häufigsten erhalten Kinder und

Jugendliche (2000/2001) in Sonderschulen und Behinderteneinrichtungen eine Fluoridierung (25,2 %), gefolgt von Grundschulern (15,2 %). Lediglich 8,3 % der Kinder in Kindergärten und 5,5 % der Schüler weiterführender Schulen werden entsprechend prophylaktisch behandelt. Die vorherrschende Applikationsform stellen Fluorid-Lacke und Gelee/Lösungen dar. Fluoridtabletten spielen lediglich im Kindergarten eine größere Rolle. Bei knapp der Hälfte der Kinder wird im Rahmen einer Reihen- bzw. Motivationsuntersuchung die Mundhöhle untersucht. Während diese vorrangig in Grundschulen erfolgt (53 %), profitieren Sonderschulen und Behinderteneinrichtungen hiervon kaum (4 %) (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahn-pflege 2002).

Bei der aktuellen defizitären monetären Situation im Gesundheitswesen sowie der angespannten personellen Lage im zahnärztlichen öffentlichen Gesundheitsdienst wird eine flächendeckende Basisprophylaxe als nur schwer realisierbar angesehen.

Die Kontinuität eines funktionsfähigen ÖGD wird von allen Beteiligten als eine wichtige Basis für die Umsetzung der Gruppenprophylaxe gesehen. Eine entsprechende Struktur steht jedoch nicht überall zur Verfügung (s. Kap. 5.3). Neben dem Personalmangel werden wenig leistungsanreizende Strukturen in den Gesundheitsämtern bemängelt. Es wäre insgesamt ein großer Fortschritt für die Prävention, wenn alle Gesundheitsämter auf dieser Handlungsebene über einen personell ausreichend besetzten professionellen Zahnärztlichen Dienst verfügen würden.

In Bayern⁷ erfolgt keine zahnmedizinische Gruppenprophylaxe, sondern lediglich Aufklärung. Die biomedizinische Zahnprophylaxe wird fast vollständig von den niedergelassenen Zahnärzten übernommen. Die Inanspruchnahme wird über die Aktion „Löwenzahn“ unterstützt, bei der die Eltern mittels Verweisungskarten aufgefordert werden, zweimal jährlich den Zahnarzt ihrer Wahl aufzusuchen. Schulen mit dem höchsten Rücklauf an Verweisungskarten erhalten Geldpreise (Wittmann 1998).

Die Abstimmung der Aufgaben bei der Umsetzung der Maßnahmen von der Bundes- über Länder- bis zur kommunalen Ebene wird als verbesserungsbedürftig angesehen.

5.6.1.3 Intensivprophylaxe bei hohem Kariesrisiko

Da bei sozial benachteiligten Kindern die Effektivität gesundheitserzieherischer Maßnahmen erheblich geringer ist als bei Kindern mit ohnehin guter Mundgesundheit, weisen die Spitzenverbände der Krankenkassen (2000) sowohl auf die Notwendigkeit einer vollständigen Verwirklichung der biomedizinischen Prävention als auch auf eine erforderliche begleitende Verhältnisprävention hin. Zudem empfehlen sie Ressourcen zu Gunsten von Schulen mit höherem Kariesrisiko umzuschichten.

⁷ Bayern weist (aufgrund einer guten Sozialstruktur) einen vergleichsweise geringen DMFT-Wert auf (vorderer Rangplatz).

Zur Ermittlung eines schichtspezifisch erhöhten Kariesrisikos favorisieren die Krankenkassen den in der Praxis gangbaren Weg eines einrichtungsbezogen erhöhten Kariesrisikos, z.B. Einrichtungen in sozial schwachen Stadtteilen/Gemeinden bzw. in sozialen Brennpunkten (zu Methoden der Risiko-Einstufung von Schulen und Behinderteneinrichtungen s. Spitzenverbände der Krankenkassen 2000). Nach ihren Schätzungen (2000) ist es möglich 10 % der Schulen/Einrichtungen intensiv zu betreuen, bei guten Kooperationsstrukturen bis zu 30 %, womit ein wesentlicher Teil der Risikoerkrankungen erreicht werden könnte.

Die Umsetzung der intensiven Gruppenprophylaxe z.B. in Behinderteneinrichtungen befindet sich noch im Aufbau und erfolgt derzeit erst in Ansätzen. Bei den betroffenen Einrichtungen wird eine Bereitschaft zur Prophylaxe gesehen.

5.6.1.4 Krankenkassen und ÖGD

Als hinderlich in der Umsetzung der Gruppenprophylaxe wird von den einigen Beteiligten der Wettbewerb der Krankenkassen gesehen, z.B. bei der Verabschiedung von Finanzierungsplänen. Trotz eines gemeinsamen Arbeitskreises erfolgen zudem immer wieder Aktionen zur Mundprophylaxe von einzelnen Kassen. Ein Tatbestand, der vor allem kleinere Kassen ärgert.

Mit dem derzeitigen Programm werden die zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen des ÖGD als weitgehend ausgeschöpft beurteilt. Als sinnvoll wird eine Schwerpunktsetzung der Maßnahmen hinsichtlich ihrer Effektivität und der Erreichbarkeit aller Kinder erachtet. Die knappe Finanzierung wird für professionell (!) arbeitende Jugendzahnärzte als Anreiz für eine bedarfsgerechte Zuweisung gesehen.

Aufgrund unterschiedlicher Verbindlichkeit werden auf kommunaler Ebene im ÖGD Vorgaben der Landesebene unterschiedlich – in Abhängigkeit von dem Engagement einzelner Personen und dem „good will“ der Kommune – umgesetzt.

5.6.1.5 Niedergelassene Zahnärzte

Gut zwei Drittel der Gruppenprophylaxe wird durch niedergelassene Zahnärzte abgedeckt. Regionale Modelle der Zahnärzteschaft wie das in einigen Bundesländern implementierte Obleutesystem bzw. Modell der Patenschaftszahnärzte sollen das Funktionieren der Gruppenprophylaxe gewährleisten. Mit rund 11.000 Obleuten bzw. Patenschaftszahnärzten sind bundesweit 17 % aller niedergelassenen Zahnärzte in der Gruppenprophylaxe tätig.

Die Bundeszahnärztekammer bemängelt, dass die niedergelassenen Zahnärzte bei ihren Aktivitäten und Initiativen zum Erreichen einer Flächendeckung in der Basisprophylaxe durch die gesetzlichen Krankenkassen nur unzureichend unterstützt wurden. Die niedergelassenen Zahnärzte sollten entsprechend stärker in den Informationsaustausch einbezogen werden.

Beklagt wird von den anderen Beteiligten die mangelnde Motivation der niedergelassenen Ärzte in der Gruppenprophylaxe. Notwendige niedergelassenen Zahnärzte, die die fehlenden personellen Ressourcen des ÖGD ergänzen könnten, können aufgrund geringer finanzieller Anreize nur schwer gewonnen werden. Häufig wird zudem die Gruppenprophylaxe, insbesondere die gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen der „Untersuchung der Mundhöhle“ und der „Zahnschmelzhärtung“ nicht oder nur ansatzweise durchgeführt. Im allgemeinen führen die niedergelassenen Zahnärzte keine Reihenuntersuchung mit Dokumentation der Befunde und – bei Behandlungsbedarf – Weiterverweisung an den Hauszahnarzt durch. Genauso selten wenden sie aktiv professionelle Fluoridierungsmaßnahmen an.

Als Barriere für ein verstärktes Engagement niedergelassener Zahnärzte wird eine mangelnde Honorierung gesehen sowie ihre Angst, Patienten zu verlieren.

Um eine bessere und kontinuierlichere Durchführung der Gruppenprophylaxe durch niedergelassene Zahnärzte zu erreichen, sollten Verträge der Arbeitskreise für Jugendzahnpflege mit einzelnen Zahnärzten abgeschlossen werden, die eine umfangreiche (z.B. Halbtagsstätigkeit) in der Gruppenprophylaxe ermöglichen. Derartige Verträge erfolgen bislang kaum.

5.6.1.6 Einbindung der Eltern

Elternabende wurden vor allem in Kindergärten (72 %) und Grundschulen (23 %) angeboten. In weiterführenden Schulen und Sonderschulen spielen sie keine Rolle (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege 2002).

Prinzipiell wird ein in den vergangenen Jahren gestiegenes Interesse bei den Eltern gesehen. Eine vergleichende Untersuchung in Berlin (1986, 1997) zeigt auch ein gestiegenes Wissen der Eltern und einen höheren Stellenwert der Zahnpflege. Dennoch besteht nach wie vor Wissensdefizit bei „sozial Benachteiligten“ (Schreiber, Grahl, Os-Fingberg 2000). Selbst über Kindergärten und Schulen werden Eltern mit geringem Bildungsgrad weniger erreicht.

Eine Befragung von 490 Eltern anlässlich einer Einschulungsuntersuchung 1995 im Baden-Württemberg zeigt eine sehr große Akzeptanz der zahnärztlichen Untersuchungen in Schulen und Kindergärten (94,1 %) und den Aufforderungen zur zahnärztlichen Untersuchungen (93,6 %, Verweisungsverfahren⁸, tatsächlicher Rücklauf: 81,4 %). Die Eltern sind davon überzeugt, dass sich dies positiv auf das Vorsorgeverhalten und die Zahngesundheit der Kinder auswirkt. Mit der positiven Bewertung des Verweisungsverfahrens unterstützen die Eltern Maßnahmen, von denen sie nicht unbedingt individuell, aber die Gemeinschaft profitiert. 70,5 % der Eltern waren der

⁸ Aufgrund Personalmangels wurde in Baden-Württemberg ein Verweisungsverfahren eingeführt. Aus datenschutzrechtlichen Gründen stellen ab dem Schuljahr 1995/96 die Verweisungsformulare nur noch eine unverbindliche Empfehlung dar, die die Eltern zur Kenntnisnahme unterschreiben. Die Befragung erfolgte vor der Umstellung und zeigt, dass das bisherige Verfahren für die Eltern sehr positiv gesehen wird und kein Problem darstellt.

Überzeugung, dass sie auch ohne Förderung der Gruppenprophylaxe regelmäßig mit ihrem Kind einen Zahnarzt aufsuchen würden. Deutlich geringer war diese Zuversicht allerdings bei den Eltern mit niedrigerer Schulbildung (65,5 % vs. 74,1 mit höherer Schulbildung) und bei Migranten (49,9 %). Hervorzuheben ist, dass diese Bevölkerungsgruppen eine vergleichsweise besonders positive Einstellung zu Reihenuntersuchungen, weniger jedoch zum Verweisungsverfahren haben (Steenkiste, Groth 1996).

5.6.1.7 Erzieher und Lehrer

In den vergangenen Jahren wurden tragfähige Kooperationen mit Kindergärten und Schulen aufgebaut. Eine große Akzeptanz besteht vor allem in der Basisprophylaxe, während eine intensivere Betreuung in Ausnahmefällen abgelehnt wird. Relevante Probleme in der Zusammenarbeit vor Ort werden derzeit jedoch nicht gesehen.

In Kinderbetreuungseinrichtungen werden nach einer Berliner Studie im Vergleich vor zehn Jahren derzeit häufiger Regelungen zum Süßigkeitenkonsum getroffen. Damit lernen vor allem auch sozial benachteiligte Kinder gesundheitsbezogene Verhalten kennen.

Auf örtlicher Ebene erfolgen seit ca. ein bis zwei Jahren vermehrte Abstimmungen mit den Trägern der Kinder- und Jugendhilfe, u.a. intensiviert durch stadtteilbezogene Gesundheitskonferenzen, runde Tische etc.

Hingewiesen sei auch auf positive Beispiele gruppenprophylaktischer Bemühungen von Lehrern (z.B. Projekte in Berlin-Kreuzberg, Spandau), die für 16-jährige Jugendliche Schule mit außerschulischen Lernorten (Zahnarztpraxen, Zahnklinik) zusammenführen und damit Theorie – schulischen Unterricht zu Karies und Präventionsmaßnahmen – mit Praxis – gegenseitiges Entfernen von Zahnstein und Polieren der Zähne – verbinden.

Fortbildungsveranstaltungen werden vor allem für Erzieher (Kindergärten) und Lehrer in Grundschulen angeboten. Hervorzuheben ist, dass hierbei 9 % auf Pädagogen in Sonderschulen und Behinderteneinrichtungen entfallen (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege 2002).

5.6.1.8 Weitere Kooperationen

Als wichtiger Aspekt wird das interdisziplinäre Arbeiten und der Ausbau von Kooperationen gesehen. Da Kinder mit Zahn-, Mund und Kiefererkrankungen erfahrungsgemäß auch weitere gesundheitliche bzw. soziale Probleme haben, hat es sich bewährt gemeinsam mit anderen (z.B. Kinder- und Jugendärztlicher Dienst der Gesundheitsämter, Schulsozialarbeiter, Jugendamt) im Lebensumfeld der Kinder anzusetzen.

Im Rahmen der Mundgesundheit erfolgt eine Zusammenarbeit mit den Sozialhilfeträger jedoch kaum. Gleich gilt für die Bundesanstalt für Arbeit (s. Kap. 2).

5.6.2 Individualprophylaxe (§ 22 SGB V)

Seitens der Kassen (Wiethard 2000) als auch dem ÖGD wird bemängelt, dass in der Praxis häufig eine Individualprophylaxe trotz Teilnahme bzw. möglicher Teilnahme an der Gruppenprophylaxe erfolgt. Ein Anreiz für die niedergelassenen Zahnärzte wird in der Nicht-Budegtierung der Leistungen der Individualprophylaxe gesehen. In welchem Umfang allerdings eine Individualprophylaxe aufgrund geringen Kariesrisikos und/oder Teilnahme an einer Gruppenprophylaxe erfolgt und somit tatsächliche Doppeluntersuchungen gegeben sind, ist jedoch unklar, Daten hierzu liegen nicht vor.

Ein weiterer Kritikpunkt richtet darauf, dass Kinder und Jugendliche mit hohem Kariesrisiko von niedergelassenen Zahnärzten seltener betreut werden. So deutet die Verteilung der Fissurenversiegelung der Schüler entsprechend dem besuchten Schultyp auf eine unterschiedlich hohe Inanspruchnahme hin (Steenkiste 2002).

Qualitative und quantitative Defizite insbesondere der Individualprophylaxe wurden bereits im Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrats, Teil III.4 Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, dargestellt (S. 36f, Ziffern 47, 48), auf die an dieser Stelle verwiesen wird. Über-, Unter- und Fehlversorgung sind bei der Individualprophylaxe wahrscheinlich, Daten liegen dazu aber kaum vor.

Die Qualitätssicherung der zahnmedizinischen Versorgung insgesamt und damit auch der Individualprophylaxe wird als insuffizient angesehen. Dazu trägt eine mangelnde Datentransparenz-Gesetzgebung bei (s. Kap. 5.6.6.1).

5.6.3 Früherkennung und Mundhygieneaufklärung (§ 26 SGB V)

Mit Einführung des Bereichs Mundgesundheit in die Früherkennungs-Untersuchungen nach § 26 SGB V wurde festgelegt, dass diese Untersuchungen sowohl beim Zahnarzt als auch beim Kinderarzt durchgeführt werden konnte. In der Umsetzung wurden für Kleinkinder (FU 1-3) die Untersuchungen speziell dem Zahnarzt zugeordnet, die außerhalb des Budgets vergütet werden. Den Kinderärzten wurden nach den Richtlinien verpflichtet die Untersuchungen U3-U7 hinsichtlich Zahngesundheit (ohne zusätzliches Honorar) zu erweitern.

Die Kassen beklagen Bestrebungen der Zahnärzte einer Ausdehnung der Maßnahmen über die vorgesehenen Richtlinien hinaus (Wiethardt 2000).

Nach Auskunft des Medizinische Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen erreicht die Mundgesundheitsaufklärung bei Kinderärzten wesentlich mehr Eltern und Kinder von bis zu zweieinhalb Jahren als entsprechende Aufklärungen bei Zahnärzten. Auch die Abgabe von Fluoridtabletten fällt in der Kinderarztpraxis. Die Motivation der Gynäkologen zur Mundhygiene-Aufklärung wird von den meisten befragten Experten als gering eingeschätzt. Daten zum Angebot und zur Wirksamkeit liegen für beide Berufsgruppen nicht vor.

5.6.4 Informationen

Die Krankenkassen informieren ihre Mitglieder durch Mitgliederzeitschriften und Broschüren/Faltblätter regelmäßig und umfassend über Mundgesundheitsfragen und Oralprophylaxe (§ 1 SGB V). Eine einheitliche und gemeinsame Information erfolgt nicht. Bestrebungen einheitliche Informationsbroschüren zu erstellen gibt es nicht.

Während von einigen befragten Experten die Vielfältigkeit der Informationsmedien im Bereich Mundgesundheit beklagt wird, halten andere eine Vereinheitlichung nicht für sinnvoll, da eine Verhinderung der wettbewerblichen Organisation zu einer Nicht-Aktivität und endlosen Abstimmungsproblemen führen würde.

Die Information sollten wissenschaftlichen Ergebnissen entsprechen. Für die Aufbereitung und Vermittlung von Patientinformationen liegen Kriterien vor, die als Basis dienen sollten.

5.6.5 Fluoridierung

Fluoridierungsmaßnahmen sind in der Kollektiv-, Gruppen- und Individualprophylaxe effektiv.

Eine wichtige und kostengünstige bevölkerungsbezogene Maßnahme ist die derzeit noch defizitäre Speisesalzfluoridierung, wobei vor allem Risikogruppen erreicht werden können. Fluoridsalz wurde zunächst auf Initiative eines zahnärztlichen Berufsverbandes unter Rückgriff auf das Europarecht in Deutschland aus dem Ausland eingeführt. Dies führte zu einer Genehmigung des Bundesgesundheitsministeriums 1992 Speisesalz mit einem Zusatz von Fluorid und Jod herzustellen (§ 37 LMBG, Spitzenverbände der Krankenkassen 2000). Der Sachverständigenrat (2001b) schlägt vor, den derzeitigen Marktanteil von fluoridiertem Speisesalz von 50 % auf 80 % in den nächsten fünf Jahren zu erhöhen. Für eine breitenwirksame Prävention sollte vor allem die Verwendung von fluoridiertem Salz in der Gemeinschaftsverpflegung und in der Weiterverarbeitung von Lebensmittel erfolgen. Hierfür ist eine Lockerung der gesetzlichen Restriktionen erforderlich.

Mehrfach gefordert wurde eine Subventionierung des derzeit teureren fluoridierten Speisesalzes, um ein preiswerteres Angebot wie in der Schweiz zu erzielen (Strippel 2001).

Die von der WHO empfohlene Trinkwasserfluoridierung ist in Deutschland aufgrund der Bestimmungen des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes (LMBG) nicht möglich. Lediglich regionale Ausnahmen sind bei Nicht-Gefährdung der Gesundheit möglich, was derzeit allerdings aufgrund einer hohen Sensibilisierung der Bevölkerung als nicht umsetzbar angesehen wird (Wiethardt 1999).

5.6.6 Weitere Zielgruppen

Ein erheblicher Handlungsbedarf besteht in den Bereichen Erwachsenen- und Altersprophylaxe. Dies ist wegen der demographischen Bevölkerungsentwicklung von großer Bedeutung. Eine präventive Versorgung sollte den gesamten Lebensbogen eines Menschen umfassen. Deshalb ist es wichtig, dass auch alte Menschen zahnmedizinisch präventionsorientiert behandelt werden. Dies umso zwingender vor dem Hintergrund der unmittelbaren Wechselwirkungen zwischen oralen und systemischen Erkrankungen insbesondere Diabetes und Herz-Kreislaufkrankungen (Kirch 2002).

Eine Ausdehnung der Gruppenprophylaxe auf institutionalisierte Ältere wird von einigen befragten Experten als sinnvoll erachtet.

5.6.7 Datenerhebung und Berichterstattung

Ziel sollte auch in der Zahnprophylaxe ein effektiver und effizienter Mitteleinsatz sein. Ein Steuerungs- und Regulationsinstrument stellt eine kontinuierliche Datenerhebung und ihre Analyse dar (s. Abb. 5-6).

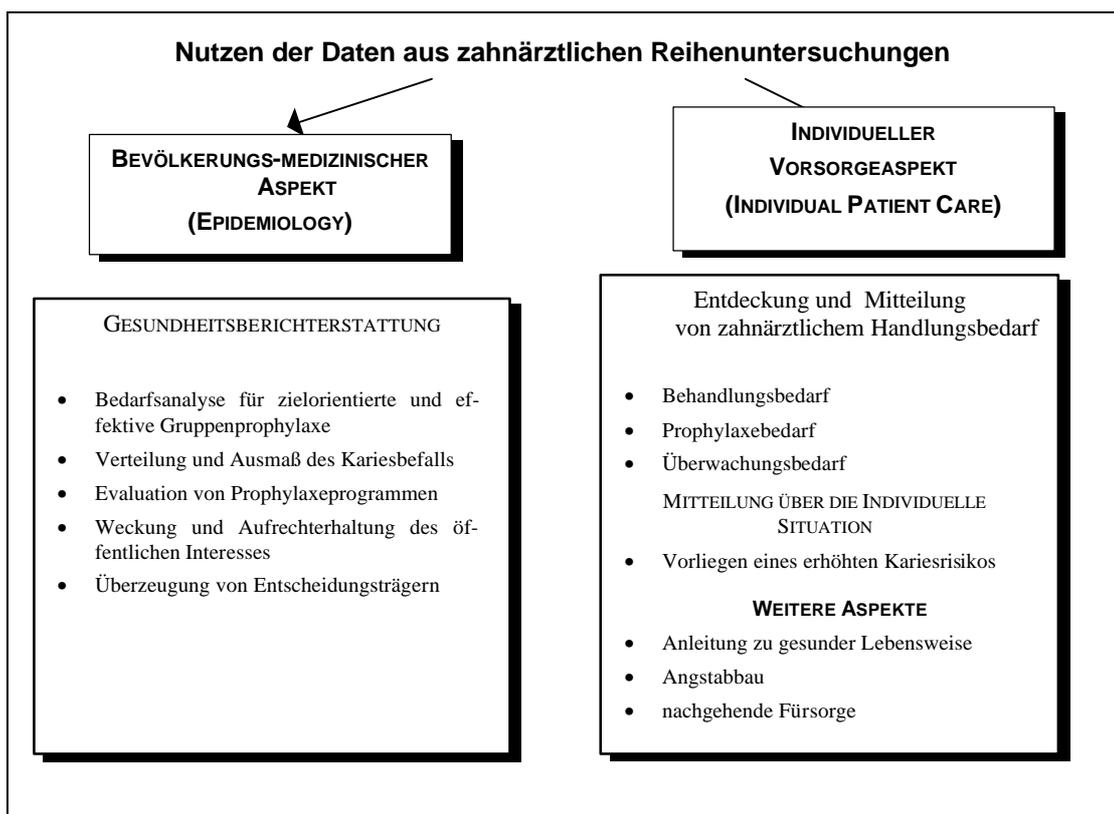


Abb. 5-6: Nutzen der Daten aus zahnärztlichen Reihenuntersuchungen (Hollinger 1999)

Zur Erfolgskontrolle der Gruppenprophylaxe sind im Auftrag der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (2001a) in den Jahren 1994, 1997 und 2000 bundesweite epidemiologische Begleituntersuchungen durchgeführt worden. An der

letzten DAJ-Studie haben sich 15 Bundesländer beteiligt. Generell besteht eine Teilnahmepflicht der beteiligten Einrichtungen vor Ort.

Neben diesem Erfassungs- und Berichtssystem, das in den letzten Jahren verbessert wurde, liegen drei Mundgesundheitsstudien vor (Institut der Deutschen Zahnärzte, IDZ).

Als erforderlich wird vom MDS (nachdem eine Verbesserung der Qualität erfolgt ist) eine Gesetzgebung zur verbesserten Datentransparenz gesehen, mit der Praxisprofile tagesgenau und über einen Zeitraum mehrerer Jahre erfasst und ausgewertet werden können. Datentransparenz allein ist allerdings nicht ausreichend. Es bedarf gesetzlicher Vorgaben zur Auswertung der Daten und zu konkreten daraus folgenden Maßnahmen.

Die Notwendigkeit zum Ausbau der vorhandenen Berichterstattung wird von den befragten Experten unterschiedlich beurteilt. Während die Datenlage überwiegend als hinreichend wahrgenommen wird, wird insbesondere vom ÖGD eine Intensivierung als nötig erachtet, die im folgenden ausgeführt wird.

In einzelnen Bundesländern und auf kommunaler Ebene werden im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung anhand standardisierter Indikatoren Angaben zur Zahn- und Mundgesundheit analysiert und daraus ableitend bedarfsorientierte Planungen der Präventionskonzepte vorgenommen.

Auf kommunaler-, Länder- und Bundesebene ist ein Monitoring der Mundgesundheit insbesondere für Kinder und Jugendliche im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung zu entwickeln bzw. auszubauen. Diese regelmäßige und verbindlich Berichterstattung sollte auf Transparenz beruhen und im Sinne einer Rückkopplung auf die präventiven Aktivitäten Einfluss nehmen.

Eine Steuerungsmöglichkeit des Bundes wäre, von den Ländern regelmäßige Sachstandsberichte nach einheitlichen Kriterien abzufordern. Derzeit wird ein eher geringes Interesse, was sich in einer mangelnden Abfrage der Daten durch die Länder ausdrückt, gesehen.

Die AOLG-Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin würde sich hierfür anbieten. Eine Verpflichtung der Länder bzw. Kommunen über die Gesundheitsberichterstattung ausgewählte Daten zur Mundgesundheit zu dokumentieren könnte über den Indikatorensatz der Länder zur Gesundheitsberichterstattung der Länder erreicht werden.

5.7 Zusammenfassung und Fazit

Prävention in der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen ist einer der wenigen präventiven Bereiche in Deutschland, in der – trotz anfänglicher teilweise heftiger Widerstände – grundlegende rechtliche und struktureller Rahmenbedingungen

zur institutionenübergreifender gemeinsamen Durchführung von Präventionsmaßnahmen gelegt wurden und eine eindrucksvolle Verbesserung der (Zahn-)Gesundheit erzielt werden konnte.

5.7.1 Verbesserungen in der Mundgesundheit und Aufbau multi-institutioneller Strukturen

Die durchschnittliche Zahl der von Karies betroffenen Zähne – gemessen als DMFT – fiel bei 12-Jährigen von 4,1 im Jahr 1989 auf 1,2 im Jahr 2000. Von der Verbesserung der Zahngesundheit haben vor allem Kinder und Jugendliche sozial benachteiligter Schichten profitiert. Dennoch weisen sie auch heute noch eine vergleichsweise schlechtere Mundgesundheit auf.

Erreicht wurde der Kariesrückgang vor allem durch den zunehmenden Gebrauch von Fluoriden, insbesondere durch die Hinzufügung von Fluorid zu den Zahnpasten. Begleitend wurden Mundhygieneaufklärungen durchgeführt sowie eine zahngesunde Ernährung in Kindergärten und Schulen teilweise unterstützt.⁹

Die wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung einer aufeinander bezogenen Gruppen- und Individualprophylaxe sowie für die zwischen den verschiedenen Beteiligten – gesetzliche Krankenkassen, Einrichtungen der Länder/ÖGD, niedergelassene Zahn- und Kinderärzte – zu entwickelnden und abzustimmenden Strategien ist die gesetzliche Verankerung der Leistungen (§§ 21, 22, 26 SGB V, beginnend 1989) und die Verpflichtung zur Zusammenarbeit. Stießen diese Regelungen insbesondere bei den niedergelassenen Zahnärzten zunächst auf massiven Widerstand, haben sich inzwischen Strukturen entwickelt, die eine Weiterentwicklung der Prävention ermöglichen.

Konsens aller in der Mundgesundheit Beteiligten ist, dass in einem umfassenden Präventionsmodell Gruppenprophylaxe, Individual- und Intensivprophylaxe sowie die kurative Versorgung ineinander greifen müssen. In einem integrierten Konzept zur Verbesserung der Mundgesundheit, welches auf eine Ermündigung des Patienten (Oral-Self-Care) abzielt, müssen die verschiedenen Prophylaxeebenen schnittstellen-genau, qualitätsbewusst und synchron auf einander abgestimmt sein, um effiziente und effektive Ergebnisse zu erreichen und um Nachteile für den Nutzer zu vermeiden.

Trotz Einigkeit im Grundsatz ist die Umsetzung der Mundprophylaxe vielfach geprägt um letztlich ressourcenbasierte Auseinandersetzungen um professionelle bzw. institutionelle Zuständigkeiten, besonders deutlich in der „Konkurrenz“ zwischen der Individual- und Gruppenprophylaxe (§§ 21, 22 SGB V) und den Divergenzen zwischen Zahn- und Kinderärzten (§ 26 SGB V).

⁹ Mit der Einführung des § 21 SGB ist versäumt worden, einen Effektivitäts- und Effizienz-nachweis der durchgeführten Maßnahmen zu erbringen. Retrospektiv ist aufgrund der zeitgleichen Einführung des fluoridierten Speisesalzes und der Individualprophylaxe (§ 22 SGB V) ein echter Nachweis für die Effektivität der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe, auch unter Berücksichtigung des Confounders soziale Lage, nicht zu erbringen.

Die Leistungsbereiche „Gruppenprophylaxe“ und „vertragszahnärztliche Versorgung“ sind rechtlich nur über die zahnärztlichen Früherkennungs- (FU)- und Individualprophylaxe-(IP)Richtlinien miteinander verbunden. Die Regelungen, dass zunächst geprüft werden soll, ob das Kind bereits Leistungen der Gruppenprophylaxe erhält, sind zwar bindend in den Richtlinien niedergelegt, ob sie aber auch immer beachtet werden, ist unbekannt.

Insgesamt hat sich in den letzten Jahren bezüglich Prävention für Kinder und Jugendliche durch die Gruppenprophylaxe ein handlungsfähiges System entwickelt, das aufgrund der unterschiedlichen Ländergesetze und Gegebenheiten vor Ort zwischen den einzelnen Regionen allerdings deutlich variiert. Auch wenn z.T. eine Vereinheitlichung der Strukturen gefordert wird, wird die Beibehaltung der gewachsenen Strukturen für zweckmäßig und notwendig erachtet. Allerdings wird eine Verbesserung in der Koordination, eine verstärkte Einbeziehung der Länder, eine Verbesserung der personellen Ausstattung des ÖGD sowie eine kontinuierlichere Mitarbeit und höhere Motivation der niedergelassenen Zahnärzte in der Gruppenprophylaxe für notwendig erachtet.

Das in einzelne, juristisch getrennte Regelungsbereiche und unterschiedliche Leistungserbringergruppen aufgeteilte Präventionssystem zeichnet sich durch fehlende mangelnde Zielgerichtetheit, fehlende Synergie und eine gewisse Beliebigkeit bei der Leistungserbringung (nicht-bedarfsgerechte Anwendung von Präventionsmaßnahmen) aus. Die gesetzlich vorgesehenen Aktivitäten und Rahmenbedingungen der Mundgesundheitsprävention (§§ 1, 2, 21, 22, 26 SGB V, § 196 RVO) würden durch einen gesetzlichen oder freiwilligen Aufbau zentraler, gebietsübergreifender Strukturen gefördert werden.

Als verbesserungsbedürftig wird auch das derzeitige Finanzierungssystem angesehen, das aufgrund jährlich neu auszuhandelnder Haushalte in jeder Region keine langfristige Planung ermöglicht. Eine positive Alternative sind (wie in Brandenburg) pauschale Beträge der Kassen an das Bundesland. Einige befragte Experten halten die Festlegung eines Beitrags pro Versicherten für sinnvoll.

Jedoch wird derzeit das ursprünglich anvisierte Ausgabenvolumen für die Gruppenprophylaxe bei weitem nicht ausgegeben. Im Jahr 2001 haben Krankenkassen 63,5 Mio. DM für die Gruppenprophylaxe aufgewandt und damit im Vergleich zu 1999 die Ausgaben um jährlich 0,8 bzw. 2,6 % erhöht (Bundesministerium für Gesundheit 2002, Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen 2002). Der Sachverständigenrat (2001b, Teil III.4, S. 85) hatte dagegen jährliche Ausgabensteigerungen von 15–20 %, geknüpft an Qualitätssicherungsmaßnahmen, empfohlen. Die Verhältnis der Ausgaben für Gruppen- und Individualprophylaxe der GKV beträgt ca. 1:10. Entgegen der ursprünglichen Gesetzesintention konnte das Primat der Gruppenprophylaxe vor der Individualprophylaxe demnach bislang nicht durchgesetzt werden.

Nach der jüngsten Erhebung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ, 2002) wurden im Schuljahr 2000/2001 Gruppenprophylaxe in 62 % der Kindergärten, 67 % der Grundschulen, 22 % der weiterführenden Schulen und 43 %

der Sonderschulen und Behinderteneinrichtungen durchgeführt. Mehrmalige Besuche, wie in dem Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (1995 und 2000) vorgesehen, erfolgten jedoch lediglich in Sonderschulen und Behinderteneinrichtungen häufiger (30 %). In diesen Einrichtungen erhalten auch die meisten Kinder und Jugendlichen eine Fluoridierung (25 %, Grundschulen: 15 %), die insgesamt als defizitär in der Gruppenprophylaxe angesehen wird.

Der prinzipiell mögliche Effekt der Fluoridanwendung und Fissurenversiegelung in der Individualprophylaxe wird durch mangelnde Inanspruchnahme, mangelnde Erbringung, Qualitätsmängel und nicht befundbezogene Erbringung (Versorgung der Nicht-Krankheitsgefährdeten, nicht ausreichende Versorgung der hoch Krankheitsgefährdeten) stark eingeschränkt.

Der Sachverständigenrat (2001b, S. 533) konstatiert in seinem Gutachten zur Über-Unter- und Fehlversorgung, dass „eine aufeinander abgestimmte Gesamtstrategie von Gesundheitsförderung, Bevölkerungsprophylaxe, Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe unter Einbeziehung alters- und sozialspezifischer Parameter ... noch nicht im wünschenswerten Umfang realisiert“ wird.

Insgesamt sind die präventiven Potenziale in der Mundgesundheit bei weitem nicht ausgeschöpft. Die Vision von 1989 für das Jahr 2025 – Kariesfreiheit bei 90 % der 5-Jährigen und keine aktive Karies bei 90 % der 20-Jährigen – erscheint jedoch realistisch, wenn die entsprechenden präventiven Maßnahmen weiter ausgebaut werden und ihr Angebot optimiert wird.

5.7.2 Optimierung der Prävention in der Mundgesundheit

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass über die Gruppenprophylaxe insbesondere Kinder und Jugendliche niedrigerer soziökonomischer Schichten gut erreicht werden und eine Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit auf diesem Weg am ehesten möglich ist.

Die auch ökonomisch günstigere Gruppenprophylaxe sollte deshalb weiter ausgebaut und eine Flächendeckung angestrebt werden. Positive Beispiele mit einem datenbasierten Konzept und einer guten Personalplanung liegen vereinzelt in Modellregionen wie z.B. Oberhausen vor.

Fissurenversiegelungen sollten gezielt bei Risikozähnen eingesetzt und besonders bei Migranten, Haupt- und Förderschulen gezielt gefördert werden (Steenkiste 2002).

Für eine verbesserte Zusammenarbeit der beteiligten Partner müssen die teilweise immer noch bestehenden Auseinandersetzungen über die Ansiedlung zahnmedizinischer Leistungen überwunden werden. Hierzu sind auch die personellen Rahmenbedingungen und das Engagement der Beteiligten zu verbessern.

Der Sachverständigenrat (2001b) schätzt den derzeitigen Anteil an individueller Primär- und Sekundärprävention auf jeweils 5 %. Ziel in der Praxis niedergelassener Zahnärzte sollte in den kommenden Jahren eine Umschichtung hin zu mehr Prävention in allen Altersgruppen sein.¹⁰ Insbesondere die stark vernachlässigte Mundgesundheit bei Älteren ist eine vordringliche Aufgabe. Schwartz (2002) weist diesbezüglich die Verordnungsgeber auf die Notwendigkeit hin, die zahnärztliche Gebührenordnung angemessen umzuorientieren. Die derzeitige Gebührenordnung gibt keinen Anreiz zu einer verstärkten Prävention. Individualprophylaxe bei Erwachsenen und präventive Patientenschulung erfordern vielmehr eine angemessene Platzierung und Honorierung. Eine Individualprophylaxe bei Erwachsenen sollte angesichts der deutlichen Kumulation präventiver Risiken bei sozioökonomisch schwächeren Gruppen nicht in die private Finanzierung oder Zuzahlung abgeschoben werden (Schwartz 2002).

Die Weiterentwicklung der präventiven Aktivitäten ist künftig mit einer stärkeren Zielorientierung und einer Ausdehnung des Qualitätsmanagements zu verbinden. Neben der Definition von populationsbezogenen Mundgesundheitszielen sollten die beteiligten Partner im Konsens mit der Wissenschaft erreichbare und finanzierbare Präventionsziele mit Prioritätensetzung und gewünschten Outcomes formulieren, die in einer Evaluation überprüft werden.¹¹ Eine Verbesserung erfährt die Prävention auch durch die Anwendung der Evidenzbasierung auf die Prävention.

Einen lebensphasen- und krankheitsübergreifenden Index für die Mundgesundheit und der Erhaltung des natürlichen Gebisses gibt es derzeit nicht (Schneider 2002). Im Sinne eines operationalisierbaren Zielüberprüfung wäre die Entwicklung eines entsprechenden Indices erforderlich.

Positiv hervorzuheben sind die bundesweiten regelmäßigen Erhebungen und Auswertungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege sowie die Durchführung der (inzwischen drei) Mundgesundheitsstudien. Zur Förderung der Transparenz und Überprüfung des Outcomes sollten vorhandene Daten zugänglich gemacht, ggf. zusammengeführt, ausgewertet und mögliche Defizite behoben werden.

Generell sollte auch zur Förderung der Mundgesundheit der Zugang der Bevölkerung zu gesundheitsförderlichen Produkten und Dienstleistungen verbessert und unterstützende Lebenswelten aufgebaut werden (WHO 1988). Aktivitäten, die den allgemei-

¹⁰ Die Bundeszahnärztekammer hat gemeinsam mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) das (konträr diskutierte) Konzept einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde aus befundbezogenen Festzuschüssen und Kostenerstattung erarbeitet, welches dem BMGS im Rahmen des Runden Tisches vorgestellt wurde. Dieser weist zur weiteren Sicherung der Qualität und zahnärztlichen Versorgung auf eine grundlegende Neuorientierung bzw. Umstrukturierung des Behandlungs- und Leistungsspektrums hin. Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde eine präventionsorientierte Zahnheilkunde gefördert, die es gilt umzusetzen.

¹¹ Als Grundlage können die Anregungen aus dem Papier „Draft Global Goals for Oral Health 2020“ der World Dental Federation (FDI) dienen.

nen Gesundheitszustand verbessern und die soziale Ungleichheit vermindern, leisten immer auch einen Beitrag zur Förderung der Mundgesundheit.

Dennoch ist es erforderlich, die spezifisch mundgesundheitslichen Themen auch gesondert und gezielt zu bearbeiten. Hierzu müssen förderliche Rahmenbedingungen für eine wirksame, lebensbegleitende Prävention gesetzt und die finanziellen Ressourcen mittelfristig deutlich erhöht werden, um die zukünftigen Herausforderungen zu meistern. Eine Nachhaltigkeit wird nur erreicht werden, wenn es gelingt, sozial-, geschlechts- und altersbedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern (Verhältnisprävention) und die Eigenverantwortung des Einzelnen zu fördern (Verhaltensprävention).

Die Erstellung eines bundesweiten Programms zur weiteren Verbesserung der Mundgesundheit könnte eine Basis für die Weiterentwicklung der entsprechenden länderspezifischen und kommunalen Unterstellungen sein. Ferner ist es sinnvoll gesundheitspolitische Regelungen in den Bereichen Speisesalzfluoridierung und präventiv ausgerichtete finanzielle Anreizsysteme anzustreben.

In den Bereichen Oralepidemiologie im Alter, Bedarfs- und Versorgungsforschung, Evaluation von Präventionsprogrammen und gesundheitsökonomische Analyse sind gemeinsam mit den angrenzenden Wissenschaftsgebieten Schwerpunkte zu setzen.

Der Sachverständigenrat (2001b) schlägt ein Bündel von einzelnen Maßnahmen zur Verbesserung der Prävention in den kommenden fünf Jahren vor (s. Tabelle 5-4).

Zur Stärkung der Prävention in der Zahngesundheit trägt auch die Stärkung von Dental Public Health in der Aus-, Fort- und Weiterbildung dar. So weist die derzeitige Approbationsordnung für Zahnärzte einen Schwerpunkt auf Zahntechnik auf, während Prävention und Parodontologie zu wenig berücksichtigt werden. Der Sachverständigenrat (2001b) weist darüber hinaus auf einen Mangel an spezialisierten Zahnärzten für präventive Zahnheilkunde sowie an Prophylaxepersonal hin.

5.7.3 Stellungnahmen zu einer Stiftung im Präventionsbereich

Die Einrichtung einer Stiftung bzw. die Schaffung einer übergreifenden Struktur wird von allen befragten Experten begrüßt.

Tabelle 5-4: Beispiele für konkrete Zielsetzungen, Rahmenbedingungen und Fristen zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung (Sachverständigenrat 2001b, S. 97)

Problemkreise	Beispiele für konkrete Maßnahmen	Geschätzter Zeitbedarf
Ausbau zahnärztlicher Diagnostik/ Planung/Beratung	Beschreibung neuer Leistungskataloge und -bewertungen Förderung von Maßnahmen des Qualitätsmanagements	Weniger als 2 J. Innerhalb der nächsten 5 J.
Ausbau risikogerechter Primär- und Sekundärprävention und Ausbau zahnstruktur-erhaltender Maßnahmen innerhalb der Tertiärprävention	Formulierung konkreter Gesundheitsziele, die durch primär-, sekundär- und tertiärprophylaktische Maßnahmen anvisiert werden (z. B. anhand differenzierter DMF- und CPI-Indices o. ä.). Einforderung von jährlichen Rechenschaftsberichten der an der Umsetzung beteiligten Institutionen über zielorientierte Aktivitäten und Ergebnisse durch den Gesetzgeber. Durchsetzung einer breitenwirksamen und flächendeckenden Gruppenprophylaxe; dazu Erhöhung der Ausgaben für Gruppenprophylaxe um jährlich 15-20 % (bei gleichzeitiger Knüpfung an qualitätssichernde Maßnahmen) bis zum Erreichen der vom Gesetzgeber vorgesehenen Gesamtaufwendungen. Erhöhung des Marktanteils von fluoridiertem Speisesalz von derzeit 50 % auf über 80 % Beschreibung neuer Leistungskataloge und -bewertungen für die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention; gleichzeitig Nennung günstigerer Relationen zwischen Primärprävention (derzeit ca. 5 %), Sekundärprävention (derzeit ca. 5 %) und Tertiärprävention (derzeit ca. 90 %) Förderung von Maßnahmen des Qualitätsmanagements	Innerhalb der nächsten 2 J. Beginn sofort möglich Innerhalb der nächsten 5 J. Weniger als 2 J.; Verdoppelung des Leistungsanteils von Primär- und Sekundärprävention innerhalb der nächsten 5 J. Innerhalb der nächsten 5 J.
Ausbau des gesundheitlichen Verbraucherschutzes	Etablierung von Arbeitsgemeinschaften für zahnmedizinische Patientenberatung in Trägerschaft von Zahnärzteschaft, Kostenträgern, öffentlichem Gesundheitsdienst und ggf. weiteren Institutionen	Innerhalb der nächsten 5 J.
Einschränkung von Nachfrage-manipulationen	Konzertierte Aktionen von Zahnärzteschaft, Kostenträgern, Gesundheitsbehörden und weiteren Institutionen	Innerhalb der nächsten 5 J.
Neuorientierung der Aus-, Fort- und Weiterbildung/Spezialisierung	Verabschiedung einer neuen zahnärztlichen Approbationsordnung Umsetzung strukturierter Fortbildungsprogramme für Zahnärzte und zahnärztliche Assistenzberufe Umsetzung von Spezialisierungsprogrammen	Prinzipiell kurzfristig möglich; wird von verschiedenen Seiten, u. a. von den Bundesländern, seit Jahren blockiert Innerhalb der nächsten 3 J. Innerhalb der nächsten 5 J.

5.7.4 Gesetzliche Einzeländerungen und übergreifendes Präventionsgesetz

Abschließend werden erforderliche gesetzliche Einzeländerung betrachtet und Aussagen der befragten Experten zu einem übergreifenden Präventionsgesetz aufgezeigt.

5.7.4.1 Gesetzliche Einzeländerungen

Während die Bundeszahnärztekammer und der ÖGD die bestehenden rechtlichen Regelungen für den Bereich der zahnmedizinischen Prophylaxe für ausreichend und als eine gute und weiter entwicklungsfähige Grundlage halten, schlägt Wiethardt (2000), Vorsitzender der für den Bereich Mundgesundheit federführenden Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen, mehrere Gesetzesänderungen vor. Hierzu zählt (1) eine bundesweit flächendeckende Prophylaxestruktur mit Dokumentation und Qualitätssicherung, (2) die gesetzliche Verankerung der Struktur der Arbeitskreise auf Bundes- Landes- und kommunaler Ebene sowie (3) eine altersgruppenbezogene Abstimmung der Maßnahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe. Darüber hinaus sollte (4) die Prophylaxe bei Erwachsenen eingeführt und gesetzlich verankert werden.

Breiter fachlicher Konsens besteht zu folgenden Punkten:

- Die private Krankenversicherung, die über die bei ihnen versicherten Kinder von ihrer Teilnahme an der Gruppenprophylaxe profitiert, sollte nach Meinung aller Beteiligten zur Mitfinanzierung verpflichtet werden.¹²
- Eine Verbesserung der besonders kostengünstigen bevölkerungsbezogenen Prophylaxe der Speisesalzfluoridierung sollte gesetzlich durch eine Verwendung von fluoridiertem Salz in der Gemeinschaftsverpflegung und in der Weiterverarbeitung von Lebensmittel verbessert werden.

Zudem sollten zwei fachlich nicht korrekte Begriffe geändert werden: Förderung der Remineralisation statt Zahnschmelzhärtung sowie Änderung der Überschrift des § 21 SGB V von „Verhütung von Zahnerkrankungen“ in „Förderung der Mundgesundheit“.

5.7.4.2 Übergreifendes Präventionsgesetz

Die Bewertung eines übergreifenden Präventionsgesetzes ist divergent. Aus Sicht der Bundeszahnärztekammer würden die eigenen präventiven Aktivitäten bzw. die eigenen Arbeitsgrundlagen und Rahmenbedingungen durch übergreifende gesetzliche Regelungen nicht wesentlich stärker als bisher gefördert werden. Übergreifende gesetzliche Regelungen würden in diesem Sinne keinen Beitrag zum Abbau der beschriebenen Defizite liefern. Während aus Sicht des (befragten) Vertreters der Kran-

¹² Allerdings besteht für eine gesetzliche Verpflichtung der PKV zur Beteiligung an den Kosten der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe keine Gesetzgebungskompetenz des Bundes.

kenkassen ein einheitliches Präventionsgesetz begrüßt wird, wird es vom ÖGD und MDS zwar vom globalen Ansatz und im Sinne einer Querschnittsaufgabe als sinnvoll erachtet, von der praktischen Seite her die Umsetzung an der Basis aber eher skeptisch beurteilt. So bestehen Befürchtungen, dass die Zusammenarbeit und Realisation der Prävention nicht einfacher wird.

6 Selbsthilfe sowie Aufklärung, Patienten- und Verbraucherberatung – SGB V, VI und XI

Die Weltgesundheitsorganisation fordert seit über 20 Jahren den „Patienten als Partner“; Auch die Ottawa-Charta von 1986 zielt in erster Linie auf die Kompetenz- und Einflusssteigerung des Bürgers in allen Fragen der eigenen Gesundheit und Krankheit. Hierzu gehört zuallererst die Bereitstellung mehr und besserer Patienten- und Verbraucherinformationen. Im Kern geht es um ein Menschenrecht des Gesunden und Kranken auf mehr Selbstbestimmung, Fragen der selbstgestalteten körperlichen und seelischen Befindlichkeit und Daseinsgestaltung.

In die Sozialgesetzgebung fand die Selbsthilfe – die inzwischen ein wichtiger Bereich in der gesundheitlichen Versorgung geworden ist – erstmals in die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) 1993 Eingang, wobei bis heute mehrfach Gesetzesänderungen erfolgten. Inzwischen ist sie auch in der Rentenversicherung (SGB VI) und in der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) gesetzlich verankert.

Die Patientenorientierung im Gesundheitswesen fand eine erste rechtliche Verankerung durch die GKV-Gesundheitsreform im Jahr 2000.

Im folgenden Kapitel werden nach der Skizzierung der rechtlichen Regelungen und der bestehenden Organisationsstrukturen, Finanzierung und Kooperationen die Umsetzung der gesetzlichen Grundlagen dargestellt.

Grundlage des Kapitels Selbsthilfe sowie Aufklärung, Patienten- und Verbraucherberatung sind (1) eine Analyse der *Literatur*. (2) Eine *schriftliche Stellungnahme* liegt von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen und -initiativen (BAGP, Judith Storf) vor. (3) Vertiefende *Interviews* wurden geführt mit Herrn Klaus Balke, Nationale Kontakt- und informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS), Berlin, Frau Judith Storf, Gesundheitsladen Bielefeld e.V. – Patientenstelle –, Sprecherin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen und -initiativen (BAGP) und Frau PD Dr. Marie-Luise Dierks, Leiterin des Arbeitsbereichs Patienten und Konsumenten an der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover. Darüber hinaus fließen Aussagen der befragten Experten der Krankenkassen (Dr. Michael Drupp, AOK Niedersachsen), der Rentenversicherung (Frau Dr. Christiane Korsukéwitz, Frau Barbara Gross, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin), des Deutschen Städtetags (Herr Dr. Manfred Wienand, Herr Lutz Decker, Köln) und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Dr. Helmut Ernst, Gesundheitsamt Main-Kinzig-Kreis) mit ein.

6.1 Prävention in der Selbsthilfe und Patienten-/Verbraucherberatung

Da Selbsthilfe aus der Betroffenheit heraus entsteht, hat die weit überwiegende Zahl der Selbsthilfegruppen einen Schwerpunkt im kurativen und tertiärpräventiv-rehabilitativen Bereich. Dennoch entstehen auch präventive Forderungen aus den Selbsthilfegruppen, z.B. im Bereich Krebs, z.T. werden Informationen über die Erkrankung selbst sowie Möglichkeiten der Vorbeugung und der Krankheitserkennung entwickelt. Primärpräventive Aufgaben übernehmen z.B. Nichtraucherinitiativen, aber auch Selbsthilfegruppen der Alleinerziehenden, zur seelischen Belastung und Kinder von Alkoholikern. Präventive Ansätze spielen z.B. auch in Gruppen zum Thema Übergewicht eine Rolle.

Mit der Stärkung der Kompetenz und Selbstbestimmung der Betroffenen zielt Selbsthilfe auf ein wesentliches Element der Gesundheitsförderung: dem Empowerment. Der Gesetzgeber (vgl. 6.2) sieht in Prävention und Rehabilitation wesentliche Aufgaben der Selbsthilfegruppen. Dabei könnten die bestehenden Potenziale der Selbsthilfe in der Primärprävention sowie der dort vorhandene Pool an Informationen noch besser genutzt werden könnte.

6.2 Gesetzliche Regelungen

Im § 1 SGB V zur „Solidarität und Eigenverantwortung“ wird nicht nur die Zuständigkeit der Krankenkassen für die Prävention, sondern ausdrücklich auch die Mitverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit betont und ihre Pflicht zur Mitwirkung in der Prävention hervorgehoben. Die Krankenkassen ihrerseits verpflichten sich, den Versicherten bei der Schaffung „gesunder Lebensverhältnisse“ zu helfen. Maßnahmen hierzu sind neben Aufklärung und Beratung auch Leistungen. Anreize zur Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten sind bei den Kassen (bis auf das Bonusheft in der Zahnprophylaxe, s. Kap. 5) zur Zeit nicht verwirklicht.

Die Möglichkeit der Förderung von Selbsthilfe durch die gesetzlichen Krankenkassen wurde erstmals im Gesundheitsstrukturgesetz gesetzlich verankert (in Kraft ab 01.01.1993). Diese Regelung erfuhr im Beitragsentlastungsgesetz ab 1997 durch die Verpflichtung zu einer Definition von Krankheitsbildern als Grundlage der Förderung eine Präzisierung (s. Tabelle 6-1).

In der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde die Kann-Bestimmung in eine Soll-Bestimmung geändert und damit die Krankenkassen zur Förderung verpflichtet. Zugleich wurde mit 1 DM (bzw. 0,51 EUR)/Versicherten/Jahr die Fördersumme festgelegt (2002: 0,52 EUR). Darüber hinaus wurden die Spitzenverbände der Krankenkassen aufgefordert, Fördergrundsätze zu erarbeiten. Explizit wird dafür die Beteiligung der Vertreter der Selbsthilfe erwähnt.

Auch die Träger des SGB XI – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – sind nach § 29 zur Förderung von Selbsthilfe nach von ihnen einheitlich festzulegen-

den Vereinbarungen (§ 13 SGB IX) verpflichtet. Differenzierte Vorgaben wie im SGB V erfolgten allerdings nicht.

Im Rahmen der Rentenversicherung können über den § 31 SGB VI Selbsthilfegruppen im Bereich Rehabilitation gefördert werden.

Tabelle 6-1: Präventive rechtliche Regelungen zu Selbsthilfe und Patientenorientierung

Gesetzliche Regelung	Jahr	Inhalt
§ 1 SGB V	1989	Dreifache Aufgabe der Krankenkassen: Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung der Gesundheit, Mitverantwortung des Versicherten u.a. zur Prävention, Pflicht der Krankenkassen zur Unterstützung durch Aufklärung, Beratung, Leistungen.
§ 20 SGB V, Abs. 3a	1993	Krankenkassen können Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung durch Zuschüsse fördern
~ Abs. 3	1997	Krankenkassen können Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen, die sich die Prävention oder Rehabilitation von Versicherten zum Ziel gesetzt haben durch Zuschüsse fördern. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen unter Beteiligung der KBV gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist.
~ Abs. 4	2000	Krankenkassen sollen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder Rehabilitation von Versicherten zum Ziel gesetzt haben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen unter Beteiligung der KBV und Vertreter der Spitzenverbände der Selbsthilfe gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zu Inhalten der Förderung, Möglichkeit einer Förderung über die Projektförderung hinaus, Einbeziehung der Vertreter der Selbsthilfe. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben soll im Jahr 2000 1 DM pro Versicherten betragen, Anpassung in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße
~ Abs. 4, Satz 5	2001	Änderung: 0,51 EUR/Versicherten
§ 13 SGB IX, Abs. 2	2001	Gemeinsame Vereinbarungen der Rehabilitationsträger in welcher Weise und in welchem Umfang Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zur Prävention, Rehabilitation, Früherkennung, Behandlung, Bewältigung von Krankheiten/ Behinderungen
§ 29 SGB IX	2001	Verpflichtung zur Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen, -kontaktstellen zur Prävention, Rehabilitation, Früherkennung, Behandlung, Bewältigung von Krankheiten/Behinderungen nach einheitlichen Grundsätzen
§ 31 SGB VI		Zuwendungen für Einrichtungen, Rehabilitation fördern
§ 65b SGB V	2000	Gemeinsame und einheitliche Förderung unabhängiger und neutraler Verbraucher- und Patientenberatung durch die Spitzenverbände der Krankenkassen, Fördersumme ges. 5 113 000 EUR/Jahr, Vereinbarung einheitlicher Richtlinien
§ 43 Nr. 2 SGB V	2000	Wirksame und effiziente Patientenschulungen für chronisch Kranke, ggf. Einbezug von Angehörigen und ständigen Betreuungspersonen

Zur Stärkung der Eigenverantwortung und Kompetenz der Versicherten wurde erstmals im Gesundheitsreformgesetz 2000 ein Gesetz zur „Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung“ (§ 65b SGB V) eingeführt. Der § 65b SGB V gibt einen völlig neuen Einstieg in eine eigenständige gesundheitliche Verbraucher- und Patientenberatung, z.B. durch Verbraucherberatungsstellen. Die Förderung einer Einrichtung zur Verbraucher- oder Patientenberatung setzt deren Nachweis über ihre Neutralität und Unabhängigkeit voraus. § 63 Abs. 5 Satz 2 und § 65 gelten entsprechend.

Die Patienten- und Verbrauchersouveränität wird zudem durch Patientenschulungen als ergänzende Leistung der Rehabilitation (§ 43 Abs. 3 SGB V) für chronisch Kranke und ihren Angehörigen (§ 43 SGB V) erweitert und gestärkt. Dies ist aus fachlicher Sicht ein richtiger Vorstoß in Richtung mehr professionell angeleiteter Eigenkompetenz bei der Vielzahl stark lebensführungsabhängiger chronischer Erkrankungen wie Diabetes, Erkrankungen des Herzens, der Atemwege oder des Bewegungsapparates (zur Umsetzung s. Kap. 10).

6.3 Organisation und Struktur

Im folgenden Kapitel werden kurze Informationen zu den Organisationen der Selbsthilfe und Patientenberatung gegeben.

6.3.1 Selbsthilfe

In Deutschland bestehen 70.000-100.000 örtliche Selbsthilfegruppen, mehr als 100 bundesweite Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen sowie ca. 250 professionell betriebene Selbsthilfe-Kontaktstellen. Deutschland gilt damit im Bereich der Selbsthilfe europaweit führend (Matzat 2002).

Ca. 2/3 bis 3/4 aller Selbsthilfegruppen sind dem Gesundheitsbereich zuzuordnen. Von der erwachsenen Bevölkerung sind ca. 2-3 % in einer Selbsthilfegruppe. In der Selbsthilfe wird ein großes Potenzial gesehen: Zwei Drittel der Erwachsenen können sich vorstellen, sich bei vorliegenden Problemen einer Selbsthilfegruppe anzuschließen bzw. Kontakte aufzunehmen, um gezielte Informationen zu erhalten.

Auf Bundesebene existiert seit 1994 ein Arbeitskreis Selbsthilfeförderung, in dem die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Vertreter der Selbsthilfe eingebunden sind.

6.3.2 Patientenberatung

Mängel in der Gesundheitsversorgung führten zusammen mit emanzipatorischen Bewegungen in den 80er und 90er Jahren zur Entstehung von Patientenstellen, Patientenschutzorganisationen, selbstorganisierten Initiativen und der Bildung von Pati-

entenfürsprechern. Bis heute bestehen mit 12 unabhängigen Patientenberatungsstellen vergleichsweise wenig Einrichtungen in Deutschland. Sie sind in der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientenInnenstellen und -initiativen (BAGP) zusammengefasst. Im Vordergrund ihrer Aufgaben steht die Beratung, die sich als „patientInnenorientierte Qualitätssicherung“ versteht und „bei der Entwicklung, Verbesserung und Sicherung der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen“ mitwirken soll (Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientenInnenstellen und -initiativen 2002, S. 4). Darüber hinaus bestehen Beratungsstellen u.a. in der Trägerschaft von Verbraucherzentralen und Wohlfahrtsverbänden. Ziel aller Beratungsstellen ist u.a. die Information, Aufklärung (auch im Bereich der Primärprävention) und die Förderung eines breiten Gesundheitsbewusstseins in der in der Gesellschaft und die Verbesserung der Beziehung zwischen Patienten, Anbietern und Kostenträgern.

Diese Beratungsangebote müssen neben der Verbraucherinformation auch den Aspekt der individuellen Bestärkung der Patienten leisten. Der Bürger ist in seiner Rolle als Patient ist nicht nur als Verbraucher, sondern auch als kranker, oftmals geschwächter Mensch zu sehen und braucht daher besonderen Schutz und Unterstützung.

Patienten- und Selbsthilfevertreter werden zunehmend in politische Gremien mit eingebunden, z.B. in kommunalen Gesundheitskonferenzen, ‚Runder Tisch‘ des BMG (2002), Modellprojekt Bürgerorientierung im Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen. Diese positive Entwicklung wird als erster Schritt begrüßt, angemerkt wird, dass nicht von paritätischer Besetzung gesprochen werden kann.¹

Der Deutsche Behindertenrat², der 2002 erstmals gemeinsam mit dem Bundesbeauftragten für die Behinderten mit eigenen Vorschlägen zu einer patientenorientierten Gesundheitsreform hervortrat, ist ein Zusammenschluss der über den Bereich der Gesundheitsversorgung hinaus wirkenden großen Sozialverbände Deutschlands und zahlreicher Patienten- und Selbsthilfeverbände.

¹ Im Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems ist geplant, die Möglichkeiten für Patienten, an Entscheidungen im Gesundheitssystem zu partizipieren, durch die Festbeschreibung von Beteiligungsrechten für Patientenverbände bzw. den Patientenbeauftragten an verschiedenen Stellen im SGB V zu verbessern. Dabei soll es sich um Verfahrensbeteiligungen handeln, d.h. es werden den Patientenvertretern Stellungnahme- und Anhörungsrechte eingeräumt. Zunächst sollen Erfahrungen mit der Verfahrensbeteiligung gesammelt werden, ehe über mögliche Legitimationsverfahren nachgedacht wird.

² Nach SGB IX § 2 sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit und seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

6.4 Finanzierung

Im Folgenden wird ein Überblick über die Finanzierung gegeben. Detaillierte Informationen zu den Fördersummen, ihrer Entwicklung und den Fördermodalitäten können dem Kapitel 6.6 entnommen werden.

6.4.1 Selbsthilfe

Eine Förderung der Selbsthilfe erfolgt von mehreren Trägern. Auf der Bundesebene sind dies (1) das Bundesministerium für Gesundheit, (2) das Bundesministerium für Arbeit- und Sozialordnung und (3) das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Förderungen erfolgen ferner durch (4) die gesetzlichen Krankenkassen, (5) die Länder, (5) Rentenversicherungsträger, (6) Firmen, (7) private Stifter. Eine Abstimmung zwischen den Förderern erfolgt nicht. Der Hauptförderer ist die öffentliche Hand.

Eine differenzierte Gesamtübersicht über die Finanzierung und die Anteile der einzelnen Förderungen liegt nicht vor.

Seitens der Länder erfolgte 2001 eine Förderung von knapp 30 Mio. DM, ein ähnlicher Betrag wird für die kommunale Förderung angenommen. Zusammen mit der Bundesebene ergibt dies ein Volumen von ca. 60-70 Mio. DM. Mit 71,5 Mio. DM sollte eine Förderung in gleicher Höhe durch die GKV erfolgen, real betrug diese knapp 31 Mio. DM. Eine Förderung durch die private Krankenversicherung erfolgt nicht.

Durch die z.T. erfolgende Gegenrechnung von Fördergeldern stellt sich das Subsidiaritätsprinzip der staatlichen Förderung in der Selbsthilfe als strukturell politisches Problem dar (s. auch Kap. 6.6.7).

Einzelne krankheitsspezifische Chronikergruppen, die z.T. kaum weitere Zuwendungen von anderen Quellen haben, werden zumeist auf Bundesebene von Pharmafirmen gefördert, was z.T. als Vorwurf von den Krankenkassen und der Politik erhoben wird. Als notwendig wird eine verstärkte Transparenz gesehen, die derzeit noch nicht hinreichend gegeben ist; eine Verpflichtung zur Veröffentlichung der Sponsoren besteht nicht. Instrumente wie Leitlinien bzw. Ethikcodes waren bereits in der politischen Debatte (unter Ministerin Fischer), auch erfolgte diesbezüglich eine Kontaktaufnahme der Selbsthilfe zur pharmazeutischen Industrie (insbesondere zum Bundesverband der pharmazeutischen Industrie, BPI), die bislang allerdings ohne Resonanz blieb.³

³ Neuerdings gibt es Bestrebungen im Rahmen des „Deutschen Behindertenrates“, einen Codex zur Industrieförderung aufzustellen.

6.4.2 Unabhängige Patientenberatungsstellen

Die Finanzierung der Patientenberatungsstellen erfolgt i.d.R. über eine Mischfinanzierung, was für die Wahrung ihrer Unabhängigkeit als wesentlich angesehen wird. Sie setzt sich zusammen aus (1) kassenbezogener Modellförderung (§ 65b SGB V), (2) vereinzelt weiteren Krankenkassenmitteln, (3) Spenden, Mitgliedschaftsbeiträgen durch Gesundheitsläden etc., vereinzelt (4) kommunaler Förderung, (5) Landesmitteln und (6) Vorträgen der Mitarbeiter. Etwa 40 % der Arbeit wird in allen Stellen ehrenamtlich erbracht.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen fördern zunächst mit jährlich insgesamt 5.113.000 EUR je Kalenderjahr Modellvorhaben zur Verbraucher- oder Patientenberatung, wobei die Beteiligung der einzelnen Kassen entsprechend ihrer Mitgliederzahl erfolgt. Die (erste) Förderphase der Modellprojekte läuft von 2001-2004.

Das Angebot unabhängiger Einrichtungen darf nicht alleine aus GKV Mitteln finanziert werden, die Finanzierung ist auch Aufgabe des Staates.

Sowohl bei der Selbsthilfeförderung als auch in die Finanzierung der Patientenberatungsstellen sind die privaten Krankenversicherungen nicht eingebunden – ein Aspekt, den vor allem die gesetzlichen Krankenkassen kritisieren.

6.5 Kooperationen

Das Kapitel zeigt wesentliche Kooperationen der Selbsthilfe(Kontaktstellen) und der Patientenberatungsstellen auf.

6.5.1 Länder und Öffentlicher Gesundheitsdienst

Von der Bundesebene der Selbsthilfe besteht zu den Ländern punktuell Kontakt, z.T. bis zur kommunalen Ebene (s. Kap. 6.6.7).

Zwischen dem ÖGD und der Selbsthilfe bestehen – besonders mit den Selbsthilfe-Kontaktstellen – nur punktuelle Verbindungen. Eine Ausnahme bildet Thüringen, wo alle Gesundheitsämter auch Funktionen von Selbsthilfeunterstützungsstellen haben.

Zwischen dem ÖGD und den Patientenberatungsstellen erfolgt vor allem eine projektbezogene und gremienbezogene Zusammenarbeit.

6.5.2 Ärzteschaft

Vertreter der Selbsthilfe und der Patientenberatung auf Bundesebene sind eingebunden in das Patientenforum, einem Kooperationsprojekt zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer.

Niedergelassene Ärzte werden im Bereich der Patientenberatung vor allem eingebunden in Vorträge. Als positiv werden Anfragen seitens der Ärzte hervorgehoben. Insgesamt wird der Kontakt jedoch als noch zu gering und zu defensiv beurteilt.

Mit den Ärztekammern und den kassenärztlichen Vereinigungen besteht eine gewisse Zusammenarbeit im Bereich der gemeinsamen Information, die deutlich abhängig von den jeweiligen personellen Besetzungen ist.

6.5.3 Kranken- und Pflegekassen

Intensive Kontakte bestehen insbesondere mit den gesetzlichen Krankenkassen (Näheres s. Kap. 6.6).

Kontakte zur Patientenberatung bestehen auch darin, dass die Krankenkassen zunehmend Versicherte zu Anlaufstellen der Patientenberatung schicken, was als prinzipiell positiv wahrgenommen wirkt. Kritisch angemerkt wird, dass dies teilweise auch in Fällen erfolgt, wenn eine Beratung im Hause der Kasse erfolgen könnte.

Kontakte mit der PKV bestehen i.W. nicht. Kontakte und Unterstützung seitens der PKV werden als wünschenswert angesehen (z.B. HIV-Kranke).

6.5.4 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Rentenversicherung

Eine Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation im Hinblick auf eine gemeinsame Selbsthilfeförderung erfolgte bislang trotz mehrfacher Anfragen der Selbsthilfe nicht (s. Kap. 6.6.5 und 6.6.6).

Als sehr positiv werden die Kooperationen der Selbsthilfe mit der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) erlebt. Ziel der BfA ist es, Selbsthilfe als Nachsorge stärker ins Zentrum zu rücken und allen Rehabilitanden Informationen über Selbsthilfegruppen zu geben.

Ein erheblicher Bedarf in der Patientenberatung wird im Bereich der Rehabilitation gesehen. Hier ist mehr Transparenz erforderlich. Bemängelt wird die nicht klare Zuständigkeit und das „Hin und Herschieben von Patienten“ zwischen den Rentenversicherungsträgern und den Krankenkassen und lange Wartezeiten aufgrund fehlender bzw. verzögerter Einigung.

6.5.5 Sonstige

Zur ambulanten Pflege bestehen bislang sowohl seitens der Selbsthilfe als auch der Patientenberatung kaum Kontakte. Auch mit der Unfallversicherung existieren, abgesehen hinsichtlich Para- und Tetraplegikern, für kaum Kooperationen.

Im Bereich Kinder- und Jugendhilfe bestehen spezifische Selbsthilfestränge, wie Eltern-Kind-Initiativen, Mütterzentren. Weitergehende Kooperationen der Selbsthilfe-Kontaktstellen zur Kinder- und Jugendhilfe bestehen jedoch nicht. Gleiches gilt für die Patientenberatungsstellen.

Keine übergeordneten Kooperationen existieren zur Bundesanstalt für Arbeit (s. auch Kap. 3). Auf kommunaler Ebene bestehen über Arbeitsloseninitiativen Kontakte zu Arbeitsämtern. Diese erfolgen jedoch nur punktuell und wenig systematisch. Dies gilt auch für Sozialhilfeträger.

Kontakte bestehen seitens der Selbsthilfe zu den Pharmaverbänden, besonders dem Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, der vor drei Jahren die website www.selbsthilfe.de als Plattform für die Selbsthilfe gekauft hat. Ziel der Selbsthilfe ist es, diese zu erhalten.

Intensive Kontakte gibt es mit den Apothekerverbänden. Hervorzuheben sind lokale Kooperationen, z.B. Verteilung von Informationsmedien, Information über Selbsthilfegruppen.

Ansätze über Volkshochschulkurse wurden in der Vergangenheit von der Bundesebene der Selbsthilfe im Bereich der Gesundheitskurse der Volkshochschulen verfolgt, was in einzelnen Regionen aufgegriffen wurde.

Weitere Kontakte bestehen zu diversen ehrenamtlichen Gruppen und andere Einrichtungen der Patientenberatung.

6.6 Umsetzung der rechtlichen Regelungen

In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, inwieweit die rechtlich fixierte Förderung der Selbsthilfe im SGB V und SGB IX umgesetzt wird und sie den geforderten Auflagen entspricht. Darüber hinaus werden Aufklärung und Verbraucher- und Patientenberatung thematisiert. Patientenschulungen nach § 43 Nr.2 SGB V werden im Kapitel 10 – Präventive Versorgung chronisch Kranker sowie Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen ausgeführt.

6.6.1 Rahmenvereinbarungen zur Förderung der Selbsthilfe (§ 20 Abs. 4 Satz 2-4 SGB V)

Bereits im März 2000 legten die Spitzenverbände der Krankenkassen in Kooperation mit Vertretern der Selbsthilfeeinrichtungen eine Vereinbarung zur Förderung der Selbsthilfe vor (AOK Bundesverband et al. 2000). Neben einer Begriffsbestimmung von Selbsthilfe und Einrichtungen der Selbsthilfe (Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfekontaktstellen) werden die Voraussetzungen zur Förderung definiert: Bereitschaft zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit, neutrale Ausrichtung, kontinuierliche Gruppenarbeit, Gruppengröße von mindestens sechs Personen

etc. Gemäß dem Verständnis von Selbsthilfe als gesellschaftlicher Querschnittsaufgabe beschränkt sich die Förderung durch die Krankenkassen auf Zuschüsse. Von Professionellen geleitete Schulungsmaßnahmen z.B. nach § 42, Satz 1-3 SGB V werden von der Förderung ausgenommen. Die jährlich neu zu entscheidende Förderung kann pauschal oder projektgebunden erfolgen und sich auf Information, Beratung, Qualifizierungsmaßnahmen, Öffentlichkeitsarbeit und die Durchführung von Veranstaltungen beziehen. Vorgesehen ist eine Abstimmung mit anderen Fördersträngen und eine Intensivierung des Erfahrungsaustauschs der gesetzlichen Krankenkassen.

Das bereits am 10.02.1997 unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beschlossene Verzeichnis von Krankheitsbildern wurde ohne Änderung übernommen. Hierzu zählen u.a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des Skeletts, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes, Tumorerkrankungen, allergische und asthmatische sowie Atemwegserkrankungen, Suchterkrankungen, Krankheiten des Nervensystems, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, psychische Verhaltensstörungen sowie chronische Schmerzen.

Diese Rahmenvereinbarung gibt den einzelnen Krankenkassen hinreichend Spielraum zu eigenen Entscheidung zur Umsetzung der Förderung. Entsprechend heterogen ist die Praxis der Bewilligung von Fördergeldern.

6.6.2 Finanzielle Förderung der Selbsthilfe (§ 20 Abs. 4, Satz 5 SGB V)

Bereits vor der gesetzlichen Verankerung in den 70er und 80er Jahren erfolgte durch die Kassen eine, allerdings unsystematische, immaterielle und finanzielle Förderung der Selbsthilfe.

Die Förderung der Selbsthilfe stieg nach Inkrafttreten des § 20 SGB V (2000) deutlich an. Bei einer in 2000 gesetzlich vorgesehenen Gesamtfördersumme von 71,5 Mio. DM (36 Mio. EUR) – dies entspricht 0,025 % des Beitragsaufkommens – liegt die tatsächliche Fördersumme allerdings derzeit noch weit darunter (2000: 9,5 Mio. EUR, dies entspricht 26 % der vorgesehenen Fördersumme, 2001: 15,8 Mio. EUR, dies entspricht 45 %; s. Abb. 6-1).

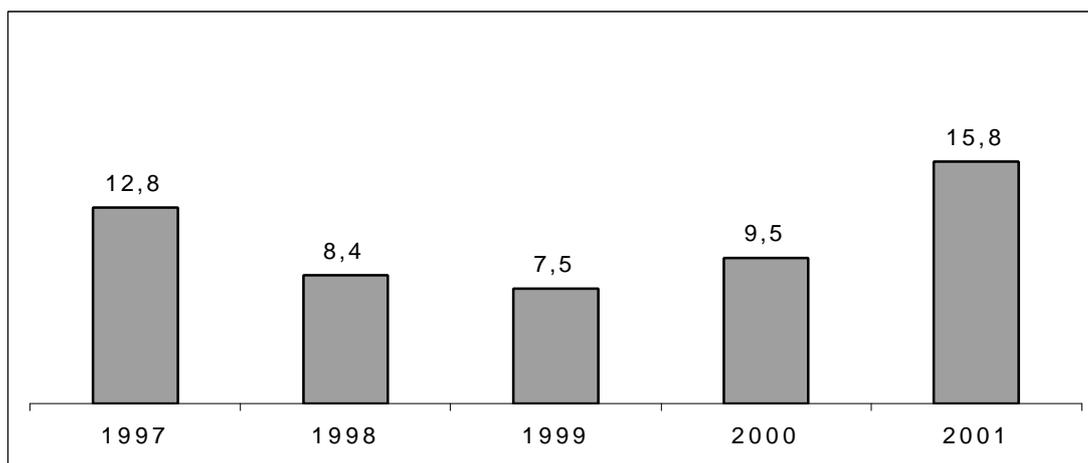


Abb. 6-1: Selbsthilfeförderung durch die gesetzliche Krankenversicherung nach § 20 SGB V 1997-2001 in Mio. EUR (BMG KJ 1, eigene Darstellung nach Hundertmark, Balke 2002)

Die Nichtausschöpfung des finanziellen Rahmens beruht nach Darstellung der Krankenkassen vor allem darauf, dass die Einigung auf einheitliche und transparente Qualitätsstandards auch aufgrund der unterschiedlichen Vorstellungen der beteiligten Partner Zeit erfordere. Generell wird mit dem Anspruch auf eine angemessene und gerechte Verteilung der Mittel ein erheblicher Mehraufwand angeführt (Laaff 2002, Niederbühl 2002). Als Ursache werden seitens der Kassen auch zu wenig Förderanträge angegeben, was aber nach Ansicht der Selbsthilfe in der übermäßigen Bürokratisierung und der mangelnden Transparenz der Kriterien begründet ist. Sowohl die Aufsichtsbehörden als auch die Parteien im Bundestag haben mehr Transparenz und Förderbewilligungen und -gelder angemahnt (Hundertmark-Mayser, Balke 2002)

6.6.3 Förderpraxis der Krankenkassen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene

Im Rahmen des seit 1994 bestehenden Arbeitskreises „Selbsthilfeförderung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen“ und „Vertreter der Spitzenverbände der Selbsthilfe“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, PARITÄTischer, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen) konnte bislang nur für Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene ein einheitliches Antragsverfahren vereinbart werden (AOK Bundesverband et al. 2002).

Bereits zum Jahresbeginn 1997 schlossen sich der BKK Bundesverband, der IKK-Bundesverband, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die See-Krankenkasse und die Bundesknappschaft zu dem bundesweit ersten Förderpool „Partner der Selbsthilfe“ zusammen. Die Basisförderung dient einer ausgewogenen Förderung aller Bundesorganisationen (2002: 6.000 EUR/Organisation). Hierzu besteht seit 1999 eine einheitliche Antragsfrist mit einheitlichen Formularen. Zusätzlich ist eine Schwerpunktförderung für drei bis vier innovative Projekte jährlich (2002: à 35.000 EUR) möglich, z.B. zu neuen Zugangs-, Informations- und Kommunikationswegen. Bei der Auswahl der Anträge wirken seit 2002 Vertreter der Selbsthilfe beratend mit (Kresula 2002, BKK 2002).

Darüber hinaus bestehen weitere partielle Vereinbarungen mit ausgewählten Kassen. So bestehen auf Bundesebene Zusammenschlüsse z.B. von acht Ersatzkassen zu einer Fördergemeinschaft von Selbsthilfeorganisationen.

In einigen Bundesländern und auf örtlicher Ebene bestehen Arbeitskreise zur Realisation einer einheitlichen Förderpraxis. Gemeinsame kassenartenübergreifende Kooperationsvereinbarungen zur Förderung von Selbsthilfekontaktstellen auf Landesebene liegen derzeit für Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen (ab 2003) vor.

Eine Vorreiterrolle nimmt das kassenartenübergreifende Modell zur gemeinsamen Förderung von Selbsthilfekontaktstellen in Nordrhein-Westfalen ein, das eine Förderung nach einem festgelegten Verteilerschlüssel ermöglicht (Hundertmark-Mayser, Balke 2002). Hervorzuheben ist, dass sich die Kassen zur Vereinfachung des Verwaltungsaufwandes auf eine jährlich rotierende Übernahme der Koordination des Förderverfahrens durch eine Kasse verständigt haben.

Schon lange vor dem derzeit gültigen § 20 SGB V wurde in Osnabrück eine gemeinsame Förderung aller Krankenkassen eingeführt. Die Abwicklung erfolgt über das von der Stadt und den Kassen jeweils hälftig finanzierte Gesundheitszentrum (bis 2002, die Stadt kündigte unter neuer politischer Mehrheit den Vertrag und reduzierte die Mittel). Über die per Vordruck einzureichenden Anträge auf Starthilfe für neu gegründete Gruppen, laufende (Sach-)Förderung und Projektförderung wird jeweils im späten Frühjahr in einem Gremium aus Vertretern der Stadt, der gesetzlichen Krankenkassen und den Selbsthilfegruppen (nur beratend) entschieden (Kröger, Telscher 2002).

Ein positives Beispiel ist auch München, wo die Anträge inzwischen von allen Kassen an das dortige Selbsthilfezentrum weitergeleitet und unter Beteiligung aller Partner begutachtet werden.

Zur Erhöhung der Transparenz, zur Vereinfachung des Verfahrens und mehr Verlässlichkeit in der Förderung wurde von der Selbsthilfe eine Förderung nach folgendem Verteilerschlüssel vorgeschlagen (NAKOS 2002): 25 % zur Förderung von Selbsthilfeorganisationen auf der Bundesebene, 25 % Förderung von Selbsthilfeorganisationen bzw. rechtlich unselbständiger Untergliederungen von übergreifend tätigen Selbsthilfeorganisationen auf der Landesebene, 25 % Förderung von Selbsthilfekontaktstellen und 25 % zur Förderung von regionalen Selbsthilfegruppen.

Seit über einem Jahr liegt dem Arbeitskreis Selbsthilfeförderung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Vertreter der Selbsthilfe ein Vorschlag zur pauschalen Förderung jeder gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppe mit 100-150 EUR/Jahr vor (Hundertmark-Mayser, Balke 2002). Zur Sicherstellung und Vereinfachung der Selbsthilfeförderung werden zudem von der Selbsthilfe eine zentrale Ansprech- und Bewilligungsstelle sowie einheitliche und transparente Fördermodalitäten gefordert.

Dies Vorschläge wurden in dieser umfassenden Form nicht aufgegriffen, weitergehende gemeinsame Empfehlungen bislang nicht verfasst. Jedoch haben die Kranken-

kassen teilweise eigene Grundsätze erstellt. So spricht sich die AOK dafür aus, die Förderung der Bundesorganisationen der Selbsthilfe dem AOK-Bundesverband in einem Umfang von 10 % vom Gesamtförderungsbetrag der Länder zu übertragen. Die Förderungen auf Landes- und regionaler Ebene obliegen den jeweiligen Landes-AOKen. Zudem wurde ein Fokus für die Förderaktivitäten gelegt: Gruppen mit hohem Präventionspotenzial und/oder Projekte mit besonderem Beitrag zur Sicherung von Gesundheitszielen (Laaff 2002).

Die BKK hat sich darauf verständigt, 10 % ihrer Fördermittel der Selbsthilfe auf der Bundesebene, 20 % auf der lokalen und 70 % auf der regionalen Ebene einzusetzen. Im Sommer 2002 beschloss die BKK, ihren Verbänden 50 % der gesetzlich vorgeschriebenen Mittel der Selbsthilfeförderung zur Verfügung zu stellen. Auch die BKK verknüpft die Selbsthilfeförderung außerhalb der Förderpoolgemeinschaft mit zielgruppenspezifischen Schwerpunktthemen (Kresula 2002, BKK 2002). Einen wiederum anderen Verteilungsschlüssel wendet die IKK an.

Insgesamt liegt weder eine hinreichende Information über den tatsächlichen Förderbedarf vor, noch besteht eine vollständige Transparenz über die gewährten Förderungen. Damit sind sowohl Mehrfachförderungen als auch Nichtförderungen trotz mehrfacher Antragstellungen möglich.

6.6.4 Beurteilung der Förderpraxis

Ergebnisse einer Befragung von 168 Kontaktstellen in allen Bundesländern durch die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (SEKIS) im November 2001 zeigt eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen generell (60 % der Nennungen) und eine Verbesserung bei der Antragstellung (52 %), eine schnellere und unbürokratischere Bearbeitung (30 %) sowie mehr Transparenz und Einheitlichkeit bei der Mittelvergabe. 94 % der befragten Kontaktstellen stellten bei den Kassen Förderungsanträge (durchschnittliche Antragszahl von fünf Anträgen). Die Bearbeitungszeit der Anträge auf Projektförderung ist im Durchschnitt kürzer (3,5 Monate) als für pauschale Förderungen (4,5 Monate). Dabei bestehen erhebliche Schwankungen zwischen den Bundesländern. Vielfach (44 %) war die Förderung an eine Ausweitung der gesundheitsbezogenen Arbeit gebunden. Insgesamt haben 97 % aller antragstellenden Kontaktstellen im Jahr 2001 mindestens eine finanzielle Zuwendung erhalten. Im Mittel wurden 3.800 DM pro Projekt und 11.300 DM pro Kontaktstelle (3.700 bis 30.100 DM) als Projektförderung bewilligt, wobei auch hier wieder deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern bestehen (Projektförderung: 7.400 bis 226.900 DM). Generell überwiegt die pauschale gegenüber der Projektförderung um das 1,5fache. Positiv wird sowohl die (im Vergleich zu 2000) Zunahme von Pauschalförderungen als auch der Anstieg von Zuweisungen über Poolansätze gesehen, die im Sinne einer unbürokratischen Zuwendung weiter ausgebaut werden. Insgesamt führt bei 44 % der Kontaktstellen die Einführung der Selbsthilfeförderung als Pflichtleistung zu einer

verbesserten Basisabsicherung. Allerdings gaben 11 % an, dass der Erhalt einer Kassenförderung eine Reduzierung der öffentlichen Förderung zur Folge hatte (Hundertmark-Mayser 2002).

Als problematisch wird von den Kassen die Beurteilung des Bedarfs bei hohen Rücklagen gesehen (i.d.R. abschlägiger Bescheid). Aber auch fehlende Organisationsstrukturen (z.B. Angabe von Privatkonten) werden bemängelt (Laaff 2002, Niederbühl 2002).

Von der Selbsthilfe wird beklagt, dass einige Kassen die Selbsthilfeförderung als Wettbewerbsinstrument benutzen. So werden in einigen Bundesländern Gutscheine für Kassenmitglieder bei nachweislicher Teilnahme an Selbsthilfegruppen vergeben (Fördercheck-Verfahren) und Selbsthilfegruppen in Abhängigkeit von der Versichertenzahl gefördert (Hundertmark-Mayser, Balke 2002).

Darüber hinaus werden immer noch Informationsdefizite über Selbsthilfe und Vorhalte wahrgenommen.

Als Hemmnisse der Selbsthilfeförderung seitens der Krankenkassen wird aus Sicht der Selbsthilfe auch das traditionelle System der Kassen mit seinem Fokus auf der Vergütung definierter Einzelleistungen und „reparativer Biomedizin“ (Matzat 2002, S. 130), dem Verzicht auf inhaltliche Mitbestimmung sowie der Heterogenität der Selbsthilfe gesehen.

Die vereinzelt von Krankenkassen geforderten Qualitätskriterien für Selbsthilfe werden von dieser zumindest auf örtlicher Ebene abgelehnt. Qualität im Sinne von Transparenz der Verwendung insbesondere von größeren Fördersummen auf Bundesebene wird dagegen als sinnvoll erachtet. Bei der Vergabe von Fördermitteln stellt sich das Problem der Beurteilung der Qualität und der Qualitätssicherung der sehr heterogenen Selbsthilfegruppen. Hier bedarf es eines Qualitätsindex (Qualitätssiegel), der eine sachgerechte Vergabe von Geldern ermöglicht und diese zugleich transparent macht. Eine derartige standardisierte Bewertung würde gleichzeitig den Nutzern die Teilnahmeauswahl erleichtern, zugleich aber dem Konzept vor allem kleiner Selbsthilfegruppen entgegenstehen.

Danner (2002) weist darauf hin, dass eine zu stark eingeforderte Operationalisierung der Förderung oder gar eine Instrumentalisierung der Kassen zu eigenen Gestaltungszwecken sowohl dem Wesen der Selbsthilfe als einer solidarischen, freiwilligen und selbstbestimmten Unterstützung Gleichbetroffener als auch dem eigentlichen Ziel der Selbsthilfeförderung, in Menschen zu investieren und sozial funktionierende Selbsthilfestrukturen zu schaffen, entgegensteht.

6.6.5 Förderung der Selbsthilfe durch die Träger der Rehabilitation (§§ 13 und 29 SGB IX, § 31 SGB VI)

Von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation wurden bislang – fast zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes – keine einheitlichen Fördergrundsätze zur Art

und zum Umfang der Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen (§ 13 Abs. 2 SGB IX) erarbeitet. Auch eine Abstimmung der Förderpraxis mit anderen Trägergruppen, insbesondere die Krankenversicherung, erfolgt bislang nicht (§ 29 SGB IX).

Nach Einschätzung der Selbsthilfe besteht bislang sowohl seitens der Bundesanstalt für Rehabilitation (BAR), der meisten Rehabilitationsträger, als auch auf Seiten des BMA wenig Interesse an der Selbsthilfe.

Da das SGB IX kein Leistungsgesetz ist, hat die Aufnahme der Selbsthilfeförderung als Aufgabe der Träger der Rehabilitation keine zwingenden finanziellen Wirkungen.

Verschiedene große Rentenversicherungsträger fördern allerdings rehabilitationsunterstützende Selbsthilfe (§ 31 SGB VI). So stellte die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte im Jahr 2001 3,9 Mio. EUR zur Förderung von Selbsthilfegruppen und -verbänden zur Verfügung (s. auch Kap. 6.5.4). Hinzu kommen Förderungen z.B. der Landesversicherungsanstalten (LVA).

6.6.6 Förderung der Selbsthilfe durch die Länder

Die Förderung durch die Länder bildet für die Selbsthilfe eine wichtige Finanzierungsbasis. Allerdings ist diese keine gesetzliche Verpflichtung, sondern eine freiwillige Leistung. Die Länderförderungen unterscheiden sich sowohl hinsichtlich ihres Volumens als auch hinsichtlich ihrer Schwerpunktsetzung, die entsprechend dem Ressortzuschnitt der jeweiligen Ministerien variieren. Eine Vergleichbarkeit wird erschwert durch die nicht einheitliche Verwendung von oft fachbezogenen Fördertiteln (Sammeltitel für verschiedene Bereiche).

Das gesamte Fördervolumen durch die Länder für Selbsthilfe betrug 1991 rund 28,7 Mio. DM. Die Zuwendung reduzierte sich im Vergleich zu 1999 um 2 %. Sie beträgt (2001) pro Einwohner 0,35 DM und weist zwischen den Bundesländern eine große Spannweite auf (Sachsen-Anhalt 0,07 DM, Bremen 2,70 DM) (s. Abb. 6-2).

Eine Auswertung der länderbezogenen Förderung zeigt (NAKOS 2001):

- 15 Bundesländer (Ausnahme: Thüringen) fördern örtliche/regionale Selbsthilfegruppen und -projekte mit einem Gesamtvolumen von 11,5 Mio. DM.
- 13 Bundesländer fördern explizit Landesorganisationen der Selbsthilfe, wovon 8 über eigene Haushaltstitel verfügen.
- 13 Bundesländer verfügen über Richtlinien zur Förderung von Selbsthilfegruppen, -projekten und -kontaktstellen.
- In 4 Bundesländern (Schleswig-Holstein, Berlin, Bremen, Hamburg) gehören Beiräte zum festen Bestandteil der Landesförderung.
- Die Förderung erfolgt vor allem projektbezogen, investive Mittel für Kontaktstellen werden selten zur Verfügung gestellt.

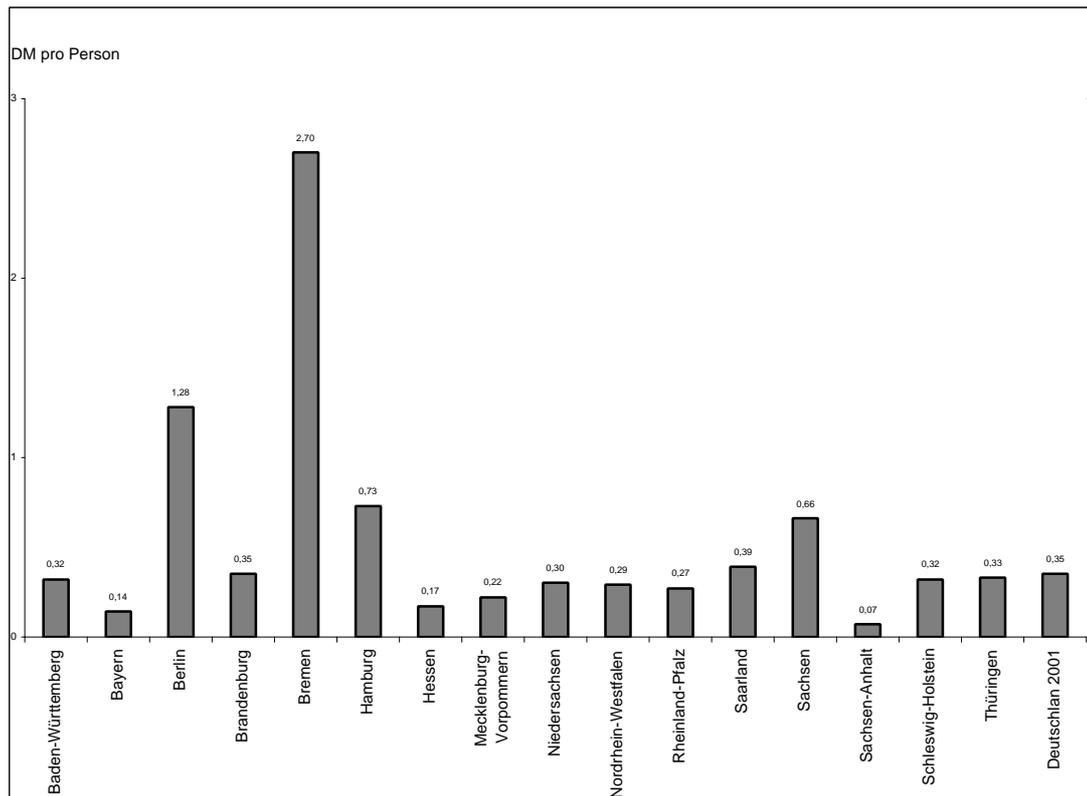


Abb. 6-2: Selbsthilfeförderung durch die Länder 2001 (eigene Darstellung nach Daten von NAKOS 2001)

Eine Einstellung der Förderung aus Landesmitteln erfolgte in Sachsen, eine Reduktion in Baden-Württemberg, Berlin und Hessen. Bereits seit Jahren werden Selbsthilfekontaktstellen nicht mehr in Bayern und Sachsen-Anhalt öffentlich finanziert. Diese Rückzugstendenzen werden auch von den Krankenkassen öffentlich beklagt.

Von den Selbsthilfeverbänden (NAKOS 2001) wird eine einheitliche Förderpraxis gefordert. Hierzu bedarf es eines Zusammenwirkens der Länder, der Kommunen, der gesetzlichen Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger.

6.6.7 Solidarität und Eigenverantwortung, Aufklärung und Beratung (§ 1 SGB V)

Den Krankenkassen kommt mit der Aufklärung und Beratung eine wichtige präventive Funktion zu, die sie zunehmend auch wahrnehmen. Es gibt unzählige Broschüren zu verschiedenen Krankheitsbildern, die häufig auch Aspekte der sekundären und tertiären Prävention sowie der Krankheitsbewältigung ansprechen.

Das Layout sehr unterschiedlich und z.T. sehr professionell. Positiv hervorzuheben ist, dass z.T. ein wissenschaftlicher Beirat hinzugezogen wird.

Die inhaltliche Qualität ist ebenfalls sehr unterschiedlich, nicht immer sind die Informationen evidenzbasiert. Dies gilt auch für die sehr heterogenen Präsentationen im Internet, die z.T. nicht dem wissenschaftlich wünschenswerten Niveau entsprechen.

Unbeantwortet ist derzeit die Frage, wie und ob die Informationen die Versicherten erreichen, und welche Wirkungen sie haben. Wichtig wäre eine Überprüfung der Materialien auf Lesbarkeit, Verständlichkeit, Erreichbarkeit und Wirksamkeit.

Die Informationsvermittlung erfolgt derzeit i.d.R. ungezielt und seitens der Krankenkassen passiv, d.h. die Versicherten nehmen die Broschüren, Faltblätter etc. in den Geschäftsstellen mit oder fordern sie aktiv an. Die Aufgabe der Aufklärung und Beratung könnten die Krankenkassen hier noch besser durch eine gezielte, z.B. per Post versandte Information an (z.B. nach Alter und/oder Geschlecht) ausgewählte Versicherungengruppen wahrnehmen.

6.6.8 Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (§ 65b SGB V)

Als wichtig für eine erfolgversprechende Beratung wird ihre Unabhängigkeit von finanziellen und ideellen Interessen angesehen, die den Patienten zu einer eigenständigen und seinen individuellen Bedürfnissen entsprechenden Entscheidung verhilft und ihn befähigt, seine Interessen z.B. auch bei Therapeuten und seiner Krankenkasse vorzutragen. Zudem bedarf es einer Patientenvertretung, die Patientenpositionen in entsprechenden Gremien vertritt und darüber hinaus zu einer Verbesserung im täglichen Patienten-Arzt-Verhältnis beiträgt. Der § 65b SGB V wird als ein wichtiger erster Schritt in dieser Richtung angesehen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen fördern nach § 65b SGB V gemeinsam und einheitlich mit jährlich insgesamt 5.113.000 EUR unabhängige und neutrale Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung. Von 300 beantragten Projekten werden 30 Projekte für zwei bis drei Jahre gefördert⁴, von denen eins bereits abgeschlossen ist. Projektbeginn war Mitte 2001, Laufzeitende ist spätestens 2004. Federführend für alle Kassen werden die Modellvorhaben vom AOK-Bundesverband begleitet.

Die sehr heterogenen Modellvorhaben, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben, sind drei Bereichen zugeordnet: (1) Medieneinsatz bei der Verbraucher und Patientenberatung, (2) Struktur- und Transparenzinformationen und (3) Bedarfsanalyse.

Das Spektrum der beteiligten Träger – die entsprechend der Zielvorstellung vor allem unabhängige Einrichtungen⁵ sein sollten – ist breit. Einbezogen sind Verbraucherberatungsstellen, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen, freie Patientenberatungsstellen bis hin zu spezifischen Informationsdiensten und universitären Einrichtungen. Letztere entwickeln vor allem Qualifizierungsangebote für Berater.

⁴ Von den ursprünglich 31 geförderten Projekten ist eins **inzwischen ausgeschieden**.

⁵ Über den § 65b hinaus gibt es Projekte z.B. zwischen der GKV, Ärztekammer und Gesundheitsämter, die sich als unabhängig deklarieren. Solche Zusammenschlüsse bergen die Gefahr, dass durch die Interesse der einzelnen nicht mehr arbeitsfähig sind.

Kritisiert wird, dass einige Modelle nach Ansicht der Patientenberatung nicht interessenunabhängig arbeiten und nicht alle praxisorientierte Arbeit anbieten, sondern ausschließlich Koordinierungsaufgaben.

Die Bereitschaft aller Beteiligten wird als sehr engagiert beurteilt. Die Professionalität der Einrichtungen ist, auch abhängig von der Dauer ihrer Etablierung, unterschiedlich. Während einige auf ein bestehendes und umfangreiches Netzwerk zurückgreifen können, müssen andere dieses Informations- und Kooperationsystem erst aufbauen. Intern wurde für die beteiligten Projekte eine Diskussionsplattform installiert.

Die – erst nach dem Zeitpunkt des Beginns der Modellprojekte begonnene – dreijährige Begleituntersuchung erfolgt gemeinsam und arbeitsteilig durch die Universität Bielefeld (Koordination und Beurteilung der Beratungsqualität), die Fachhochschule Bochum (Implementation) und die Medizinische Hochschule Hannover (Nutzerperspektive). Begonnen wurde mit einer Ist-Analyse der 31 beteiligten Standorte im Hinblick auf Nutzer, Mitarbeiter, Antragsmodifikationen. 80 Nutzer wurden zudem hinsichtlich ihres initialen Anliegen und der Weiterverwertung der Informationen befragt.

Wie eine weitere Förderung nach Ablauf der ersten Phase konkret aussieht, ist derzeit noch unklar. Zurzeit erfolgen erste Überlegungen, die voraussichtlich aber erst zum Projektende hin und nach vorliegenden (ersten) Evaluationsergebnissen konkretisiert werden.

Mit der gesetzlich verankerten Verbraucher- und Patientenberatung wird die Hoffnung verbunden, dass auch nach Ablauf der Modellprojekte eine Weiterfinanzierung erfolgt und diese in institutionalisierte Einrichtungen übergehen. Zu beobachten ist insbesondere bei den kleineren Projektnehmern Unsicherheit im Hinblick auf die zukünftige Absicherung, da die (fördernden) Krankenkassen auch als Konkurrenten auf dem Feld erlebt werden und sich eine eigene Beratung für ihre Versicherten langsam, aber stetig aufbauen (s. Kap. 3).

Das Interesse der federführenden Krankenkasse an einer Fortführung der positiv evaluierten Projekte wird als positiv eingeschätzt und begrüßt, ebenso das große Interesse an einer wissenschaftlich fundierten Evaluation.

Vereinzelt übernehmen Patientenberatungsstellen Aufgaben der Prävention, z.B. im Sinn einer spezifischen Information. Prinzipiell wäre eine verstärkte Einbeziehung der Patientenberatungsstellen in die Prävention vorstellbar. Allerdings wird diese bislang auch nicht als ihre originäre Aufgabe angesehen. Auch würde eine zusätzliche Anforderung in der derzeitigen Situation begrenzter personeller und finanzieller Mittel als nicht leistbare Überfrachtung gesehen. Mit Sorge wird betrachtet, dass die Beratungsstellen nach § 65 b SGB V derzeit dafür erhalten sollen, zu viele Defizite im Gesundheitswesen aufzufangen, wie z.B. schlechte Kommunikation, Intransparenz und undurchschaubare Patientenwege durch das System.

6.6.9 Datenerhebung und -auswertung

Regelmäßige Erhebungen zur Selbsthilfe erfolgen über die Nationale Kontaktstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS). Alle zwei Jahre wird eine Untersuchung in den Ländern vorgenommen und jedes Jahr die Kontaktstellen befragt. Im Zentrum stehen Fördersummen, -verfahren und Strukturen.

Analysen, die an den Selbsthilfegruppen selbst ansetzen, stehen vor den Problemen der Abgrenzung und der Unkenntnis ihrer Gesamtzahl. Dennoch sind vertiefende Untersuchungen z.B. zum Aufschließen auch präventiver Potenziale und einer vermehrten Einbindung von Patienten sinnvoll.

Auf der anderen Seite sollte bei den Förderern selbst eine Datenerhebung erfolgen, die z.B. vom BMGS regelmäßig abgefordert und zusammengefasst wird. Eine Gesamtübersicht über die von den Kassen geförderten Einrichtungen und ihre Förderhöhe besteht derzeit nicht.

Im Rahmen der Evaluation der Modellprojekte des § 65b wird eine Standarddokumentation für ein Jahr lang eingeführt zur Inanspruchnahme und Beratung. Dabei werden sowohl die Perspektive der Institutionen als auch der Nutzer berücksichtigt. Langfristig ist eine vereinheitlichte Routinedokumentation sinnvoll und notwendig.

6.7 Zusammenfassung und Fazit

Mit der gesetzlichen Festlegung der Förderung der Selbsthilfe und der Verbraucher- und Patientenberatungsstellen durch die GKV wurden zwei sehr ungleiche Partner zusammengeführt: auf der einen Seite die Krankenkassen mit ihren traditionellen, hierarchischen und seit über hundert Jahren im Sozialversicherungssystem verwurzelten und spezialisierten Strukturen, auf der anderen Seite die vergleichsweise jungen und sehr heterogenen, vom freiwilligen und emanzipatorischen Engagement der Bürger geprägten Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen ohne eine solche Metastruktur und i.d.R. ohne juristische Unterstützung.

Auf beiden Seiten mussten und müssen Vorurteile und Akzeptanzprobleme überwunden und eine gemeinsame Verständnisbasis aufgebaut werden, um in den inzwischen gesetzlich verpflichtenden Kooperationsstrukturen gemeinsam Lösungen zu finden.

6.7.1 Realisierung der Förderung der Selbsthilfe

Mit der im Jahr 2000 zur gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkassen erhobenen Förderung der Selbsthilfe (§ 20 Abs. 4 SGB V) und der damit verbundenen Pflicht zur Verständigung auf einheitliche Fördergrundsätze ist eine deutliche quantitative und qualitative Verbesserung der Förderung zu verzeichnen.

Auch wenn im Jahr 2001 die gesetzlich fixierte Fördersumme nur knapp zur Hälfte erreicht wurde und eine einheitliche kassenartenübergreifende Förderung bislang nur für die Bundesebene der Selbsthilfe erzielt werden konnte, so zeigen doch die zahlreichen Kooperationsstrukturen auf Landes- und kommunaler Ebene die vielfältigen und auch den regionalen Gegebenheiten angepassten Bemühungen vieler Beteiligter.

Aus den vorliegenden Erfahrungen und Best-Practice-Beispielen sollte gelernt und (wenn auch erst kurzfristig Bewährtes) auf andere Regionen übertragen werden. Spezielle Kooperationsmodelle für ländliche Regionen sind weiterzuentwickeln. Ziel sollte es sein, eine hohe Fördereffektivität nach transparenten Kriterien bei geringem Verwaltungsaufwand zu erreichen.

Aufgrund der derzeitigen Heterogenität der Förderlandschaft liegt eine vollständige Übersicht über die Förderungen der Kassen nicht vor. Eine Verpflichtung der Kassen zur Bereitstellung entsprechender Informationen und ihre unregelmäßige Aufbereitung in einem Bericht ist anzustreben. Wünschenswert ist auch eine Transparenz über sonstige Förderer.

Eine Verpflichtung zur Abstimmung der Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen und die öffentliche Hand erfolgte in der neuen Gesetzgebung 2000 – trotz negativer vorliegender Erfahrungen paralleler Förderung – nicht. So führt die Verpflichtung der Förderung durch die Krankenkassen in einzelnen Fällen zu einer Aufgabe bzw. Reduktion der öffentlichen Förderung, während sich andererseits die Kassen auf die Unterstützung der öffentlichen Hand berufen. Eine nennenswerte Zusammenarbeit besteht nicht.

Ein deutliches Defizit besteht in der Umsetzung der Förderempfehlungen im SGB IX (§§ 13 und 29) seitens der Rentenversicherung und weiterer Sozialleistungsträger. Ein stärkeres Interesse der beteiligten Einrichtungen ist wünschenswert.

Selbsthilfeförderung ist darüber hinaus auch als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu begreifen und sollte gemeinsam durch Bund, Länder und Kommunen wahrgenommen werden. Die Bundesregierung sollte in Absprache mit den Ländern für eine angemessene Verteilung der Mittel und damit für die Umsetzung und der gesetzlichen Förderungen Sorge tragen (Klein 2002).

Als positiv ist zu werten, dass sowohl die Selbsthilfe als auch Vertreter der Patienten verstärkt in gesundheitspolitische Arbeitskreise und in Entscheidungsgremien der Gesundheitsversorgung einbezogen werden sollen (Sachverständigenrat 2001, Koalitionsvertrag SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 2002).

6.7.2 Verbraucher- und Patientenberatung

Eine wichtige Funktion in der Aufklärung und Beratung übernehmen die zahlreichen Informationsmaterialien der Krankenkassen. Zukünftig sollte die wissenschaftliche Fundierung weiter verstärkt und die Informationen vermehrt aktiv gezielt an defiziente Versichertengruppen herangetragen werden.

Die Verbraucher- und Patientenberatung wird über die Förderung von 30 Modellprojekten im Rahmen des § 65 b SGB V von den gesetzlichen Krankenkassen gefördert. Eine Evaluation soll zeigen, wieweit es gelungen ist entsprechende Strukturen aufzubauen und Hinweise über die Beratungsqualität und das Nutzerprofil geben.

Nach dem im Oktober 2002 geschlossenen Koalitionsvertrag ist die auch vom Sachverständigenrat (2001) angemahnte weitere Stärkung der Patientenrolle vorgesehen und ein aktiverer Einbezug in das Gesundheitssystem vorgesehen.

6.7.3 Gesetzliche Einzeländerungen und übergreifendes Präventionsgesetz

Abschließend werden für die Selbsthilfe sowie für die Patientenrechte gesetzliche Einzeländerungen dargelegt und ihre Beurteilung eines übergreifenden Präventionsgesetz aufgezeigt.

6.7.3.1 Gesetzliche Einzeländerungen

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) hält eine Verbesserung der gesetzlichen Regelungen im § 20 SGB V für notwendig. Sie fordern

- eine Verpflichtung der Krankenkassen zur gleichberechtigten Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen auf Basis gemeinsamer und einheitlicher Richtlinien auf allen Ebenen,
- eine explizite Benennung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen zur Gewährleistung einer Förderung auf Bundesebene⁶ sowie
- eine rechtliche Möglichkeit für das Bundesministeriums für Gesundheit steuernd in den Prozess der Förderumsetzung eingreifen zu können.⁷

Eine gesetzliche Definition in Analogie zu § 65b SGB V wird im Hinblick auf die gemeinsame und einheitliche Förderung als sinnvoll erachtet.

Entsprechende Präzisierungen sowie eine Ausweisung der Fördersumme sollte auch im SGB IX und SGB VI erfolgen.

Wie die Umsetzung der Zahnprophylaxe (s. Kap. 5) zeigt, können gesetzlich geförderte Kooperationsvereinbarungen zwischen den Kassen und den Ländern zu einer gemeinsamen Abstimmung und Finanzierung der Maßnahmen führen. Für die

⁶ Eine explizite Einbeziehung der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in die Förderverpflichtung ist für die Weiterentwicklung des § 20 Abs. 4 SGB V im Rahmen der GKV-Reform 2003 vorgesehen. Außerdem sollen die Krankenkassen zur Gewährleistung der gesetzlich vorgeschriebenen Fördermittel und zur Erhöhung der Transparenz bei der Förderung zur Einrichtung von Gemeinschaftsfonds sowie zur gemeinsamen Mittelvergabe unter Einbeziehung der jeweils maßgeblichen Vertreter der Selbsthilfe verpflichtet werden.

⁷ Dies wird vom BMGS abgelehnt, da es nicht in das von der Selbstverwaltung der Krankenkassen geprägte GKV-Recht passt und zum anderen die zukünftige Einheitlichkeit und Transparenz durch das Modell der Poolförderung gewährleistet werden soll.

Selbsthilfe ist zu überlegen, ob nicht in ähnlicher Weise die Länder und Kommunen verpflichtend mit eingebunden werden.

Zur Unterstützung der Selbsthilfe und einer stärkeren Förderung der Eigenverantwortung der Patienten wird eine Einbindung weiterer Sozialversicherungsträger wie der Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung ebenso angemahnt wie eine Einbeziehung der privaten Krankenversicherungen (Meierjürgen 1999).

Bezüglich der Regelung des § 65b SGB V bleibt die Definition von „unabhängig“ unklar, der Spielraum ist entsprechend groß. Eine Auseinandersetzung über die Definition von Unabhängigkeit und Neutralität wird als Voraussetzung für die Auswahl und den Aufbau geeigneter Beratungsangebote gesehen.

Für die weitere Förderung sollte eine Klärung erfolgen. Bevor gesetzliche Modifikationen des § 65b SGB V erfolgen, sollten jedoch zunächst die Erfahrungen und Ergebnisse der ersten Förderphase eingehend ausgewertet werden.

Im Bereich Verbraucher- und Patientenberatung wird ein (bereits vorbereitetes) Patientenschutzgesetz⁸ als notwendig erachtet, den Umgang mit Patienten neu regelt, mehr Transparenz ermöglicht und u.a. eine Aufklärungspflicht der Ärzte beinhaltet. Als erforderlich wird eine unabhängige Begutachtung bzw. Klärungsstelle (z.B. für abgelehnte Anträge auf Rehabilitation) angesehen.

Die Sozialgesetzbücher sollten daraufhin überprüft werden, welchen Einbezug Patientenvertreter bei der Vorbereitung und Durchführung von Entscheidungen für die Versorgung wichtiger Gruppen bekommen können. Als sinnvoll wird ferner ein übergreifendes Patientenschutzgesetz erachtet, in dem alle vorhandenen Gesetze eingebunden werden, aber auch z.B. das Haftungsrecht neu diskutiert und Fragen der Beweislast beim Patienten und der Beteiligung rechtlich geregelt werden.

6.7.3.2 Übergreifendes Präventionsgesetz

Ein übergreifendes Präventionsgesetz wird von allem befragten Experten – z.B. in Analogie zum SGB IX – als grundsätzlich positiv bewertet, da es helfen würde, sich leichter zu orientieren, und dazu beitragen könnte, die bereits jetzt vorhandenen Möglichkeiten besser auszuschöpfen.

Voraussetzung ist, dass es die Akteure zu definierten Handlungen verpflichtet und Präzisierungen hinsichtlich Finanzen vornimmt, z.B. hinsichtlich der Kostenträger und Fördersummen. Auch die rechtliche Verankerung von Kooperationen wird dann als sinnvoll erachtet.

⁸ Nach Auffassung des BMGS sind die Rechte der Patienten bereits sehr detailliert und ausgewogen durch Richterrecht ausgestattet. Probleme werden vor allem in Vollzugsdefiziten im individuellen Arzt-Patienten-Verhältnis gesehen. Als wichtig wird die Information der Patienten über ihre Rechte und Durchsetzungsmöglichkeiten gesehen.

In einem Präventionsgesetz müssten die vorhandenen Gesetze gesammelt, begrifflich geklärt, vereinfacht, ergänzt und in verständlicher Form präsentieren werden. Gerade in der täglichen Erfahrung mit ratsuchenden Patienten wird deutlich, dass eine Inanspruchnahme präventiver und gesundheitsfördernder Leistungen entscheidend von der Transparenz der Angebote und dem Wissen um die rechtlichen Ansprüche abhängig ist.

Ein Präventionsgesetz muss deutlich darstellen, dass die Voraussetzung für die Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen ein umfassendes und transparentes Angebot ist. Über generelle Möglichkeiten der gesunden Lebensführung muss in allen Teilen der Bevölkerung aufgeklärt werden. Gerade vor dem Hintergrund des defizitären Gesundheitsverhaltens (Ernährung, Stress, Bewegungsmangel, Haltungsschäden usw.) muss ein Gegengewicht in Form von verbesserter Aufklärung und Schaffung von Anreizen geschaffen werden. Dabei sollte das Präventionsgesetz über die enge Definition der krankheitsbezogenen Prävention hinausgehen und den Gedanken der Gesundheitsförderung einbeziehen.

Die Aufgabe verbesserter Aufklärung und Beratung zur gesunden Lebensführung und die Schaffung entsprechender präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen soll auch zukünftig nicht alleine im Zuständigkeitsbereich der GKV liegen. Der Staat und entsprechende Einrichtungen müssen im zu entwickelndem Präventionsgesetz auch mit entsprechenden neuen Verantwortlichkeiten benannt werden. Bestehende Initiativen sind in die Entwicklung und Ausführung einzubeziehen. So sollten Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen ausdrücklich als Kooperationspartner genannt und mit Beteiligungsrechten in relevanten Fachgremien ausgestattet sowie Kooperationsvereinbarungen geprüft werden.

7 Gesetzliche Rentenversicherung – SGB VI

Zum 01.01.1992 wurde das in mehreren Gesetzen (Reichsversicherungsordnung, Angestelltenversicherungs-Gesetz, Reichsknappschaftsgesetz) enthaltene Rentenrecht im SGB VI zusammengefasst.

Ziel der Rentenversicherung ist neben der Gewährung von Altersruhegeld an Versicherte und Hinterbliebene sowie von Renten aufgrund von Berufs- und Erwerbsunfähigkeit auch die Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und damit die Verbesserung der Gesundheit von Versicherten.

Im folgenden Kapitel werden nach einer kurzen Darstellung der Organisation und Struktur die gesetzlichen präventiven Regelungen in der Rentenversicherung und ihre Umsetzung betrachtet. Da die rehabilitativen Leistungen mit Inkrafttreten des SGB IX dort aufgeführt werden, liegt der Fokus in diesem Kapitel nur auf den im SGB VI beschriebenen präventiven Regelungen. Die entsprechenden Leistungen der Rentenversicherung nach dem SGB IX werden im Kapitel 10 – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – beschrieben.

Grundlagen des Kapitels bilden (1) eine *Analyse der Literatur*, (2) eine *schriftliche Stellungnahme* der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Berlin (Dr. Christiane Korsukéwitz) sowie (3) vertiefende *Interviews*. Diese wurden jeweils vor Ort in Berlin bzw. Hannover geführt mit Frau Dr. Christiane Korsukéwitz, leitende Ärztin und Frau Barbara Gross, Grundsatzreferentin Recht der Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Berlin sowie Herrn Dr. Eberhardt Grosch, Leiter des Prüf- und Beratungsärztlichen Dienstes der Landesversicherungsanstalt Niedersachsen und Herrn Dr. Armin Wasmus, stellvertretender Leiter.

7.1 Gesetzliche präventive Regelungen

Zunächst erfolgt ein kurzer Rückblick auf die präventiven gesetzlichen Entwicklungen am Beispiel der für die Bundesanstalt für Angestellte (BfA) gültigen Gesetze, bevor die aktuellen Regelungen skizziert werden.

7.1.1 Entwicklung der präventiven rechtlichen Regelungen

Der Gesetzgeber des 2. Nachkriegsjahrzehnts, so in § 13 Angestelltenversicherungsgesetz (AVG) von 1957, räumte dem Rentenversicherungsträger hinsichtlich vorbeugender und rehabilitativer Maßnahmen einen weiten Ermessenspielraum ein. Das Gesetz misst der Erhaltung von bzw. der Vorbeugung gegen eine drohende Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit große Bedeutung zu. Kuren konnten zur Vorbeugung bereits bewilligt werden, bevor der „Ernstfall“, nämlich das Vorliegen einer gefährdeten oder geminderten Erwerbsfähigkeit eingetreten war:

„Ist die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwächen seiner körperlichen oder geistigen Kräfte gefährdet oder gemindert, und kann sie voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden, so kann die BfA Maßnahmen in dem in § 14 bestimmten Umfang zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit gewähren.“

Das Gesetz über die Angleichung der Leistung zur Rehabilitation (RehaAnglG) 1974 ließ die gesetzlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Rehabilitation im Kern unverändert. Nach § 10 dieses Gesetzes sollen die medizinischen Leistungen unter anderem alle Hilfen umfassen, die erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen. Auch nach dieser Vorschrift wurde der Prävention somit eine besondere Stellung eingeräumt.

Mit dem 2. Haushaltsstrukturgesetz vom 22.12.1981 (in Kraft ab 01.01.1982) wurde § 13 Abs. 1 AVG wie folgt geändert:

„Ist die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet, oder ist sie gemindert, kann der Träger der Rentenversicherung Leistungen zur Rehabilitation erbringen, wenn die Erwerbsfähigkeit durch diese Leistungen wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. ...“

Durch die gesetzliche Änderung reicht die Möglichkeit, die Erwerbsfähigkeit lediglich „zu erhalten“, für die Gewährung von Reha-Leistungen nicht mehr aus. Vielmehr muss die Erwerbsfähigkeit bereits erheblich gefährdet sein. Mit dem Wegfall der Möglichkeit, Reha-Leistungen zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit zu erbringen, sollten reine Präventionsmaßnahmen ausgeschlossen werden. Gemeint waren damit in erster Linie Maßnahmen, die bei Versicherten mit weniger schwerwiegenden Gesundheitsstörungen in Kurheimen und teilweise in Sanatorien durchgeführt wurden. Nach der Gesetzesbegründung soll hierdurch die Inanspruchnahme von Reha-Maßnahmen „unter anderem als zusätzlicher Urlaub unterbunden und ihre Durchführung auf das medizinisch unbedingt erforderliche Maß zurückgeführt werden“. Dabei spielten finanzielle Erwägungen die ausschlaggebende Rolle, wie die Gesetzesbegründung (BT-Drs. 9/975) darlegt. So wurde zum Ausdruck gebracht, dass die Änderungen im Bereich der Rehabilitationen sicherstellen sollen, dass die Rentenversicherungsträger auch in Zukunft Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist, Reha-Leistungen auf hohem Niveau erbringen können. Das macht es andererseits erforderlich, den Zugang zu diesen Maßnahmen für solche Versicherten zu erschweren, bei denen eine Reha-Leistung aufgrund des vorliegenden medizinischen Befundes nicht unbedingt erforderlich ist, weil die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten nur gering oder nicht erheblich ist und dieser auch auf andere Weise als durch eine „Vorsorgekur“ entgegengewirkt werden kann.

7.1.2 Aktuelle gesetzliche Regelungen

Die Vorschriften des AVG wurden durch das SGB VI abgelöst, das in wesentlichen Teilen am 01.01.1992 in Kraft getreten ist. Gravierende Änderungen hinsichtlich der Gewährung von Präventionsleistungen ergaben sich dadurch allerdings nicht. Nach wie vor können medizinische Rehabilitationsleistungen nur gewährt werden, wenn die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten bereits erheblich gefährdet oder gemindert ist (§§ 9, 10 SGB VI).

Leistungen zur Teilhabe der Rentenversicherung sollen gesundheitlichen Beeinträchtigungen entgegen wirken, die nachteilige Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit haben und vorzeitige Rentenzahlungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit verhindern. Dieses Ziel kann längerfristig nur erreicht werden, wenn zum einen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nachteilige Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit haben, entgegengewirkt wird und zum anderen (weitere) Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten so weitgehend wie möglich vermieden werden. Die bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen lassen sekundär- bzw. tertiärpräventive Ansatzpunkte im Rahmen der Leistungen zur Rehabilitation der Rentenversicherung zu.

Die Tabelle 7-1 zeigt die wesentlichen rechtlichen präventiven Regelungen der Rentenversicherung.

Tabelle 7-1: Regelungen im SGB VI mit Bezug zur Prävention im engeren (schraffiert) und weiteren Sinn

Leistungen		
§ 9	Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe	Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die Vorrang vor Rentenleistungen haben, sowie ergänzende Leistungen. Ziel ist den Auswirkungen von Krankheiten oder von Behinderung entgegenzuwirken, sie zu überwinden und ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu vermeiden.
§ 10	Persönliche Voraussetzungen	Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe: Erwerbstätigkeit gefährdet oder gemindert, Potenzial zur Abwendung durch Rehabilitation.
§ 11	Versicherungsrechtliche Voraussetzungen	Versicherungsrechtliche (Wartezeit 15 Jahre erfüllt, Rente wg. verminderter Erwerbstätigkeit) und pers. Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe med. Rehabilitation.
§ 12	Ausschluss von Leistungen	Definition der Ausschlusskriterien, z.B. Arbeitsunfall, Bezug von mind. 2/3-Rente, med. Reha.: nicht vor Ablauf vor vier Jahren außer bei zwingenden gesundheitlichen Gründen
§ 13	Leistungsumfang	Der Träger bestimmt unter Beachtung der Grundsätze Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn, Durchführung der Leistungen und die Reha.einrichtung, keine med. Reha. während akuter Behandlungsbedürftigkeit, Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft im Benehmen mit Krankenkassen, Vereinbarung gemeinsamer und einheitlicher Vereinbarungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
§ 15	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Erbringung der Leistungen nach §§ 26-31 SGB IX
§ 16	Teilhabe am Arbeitsleben	Erbringung der Leistungen nach §§ 33-38 und 40 SGB IX
§ 28	Ergänzende Leistungen	Ergänzung durch §§ 44, 53 und 54 SGB IX

§ 31	Sonstige Leistungen	Leistungen zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, insbes. nachgehende ~ zur Sicherung des Erfolges, stationäre med. Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte mit bes. gesundheitsgefährdender, die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussender Beschäftigung. Nach- und Festigungskuren für Geschwulsterkrankte und Angehörige, stat. Heilbehandlung für Kinder sowie Zuwendungen für Einrichtungen zur Forschung und Förderung der Rehabilitation.
§ 110	Grundsatz	Bestimmungen zum Auslandsaufenthalt.
§ 111	Rehabilitationsleistungen und Krankenzuschuss	Erhalt der Leistungen nur bei Bezahlung der Pflichtleistungen, keine Zuschüsse an die Kranken- und Pflegeversicherung.
§ 115	Beginn	Regelungen zum Beginn des Verfahrens zur Rehabilitation.
Organisation und Datenschutz		
§ 148	Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung beim Rentenversicherungsträger	Regelung zur Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Weiterleitung von Sozialdaten.

7.2 Organisation

Träger der Rentenversicherung sind für Arbeiter 22 Landesversicherungsanstalten (LVA), für Angestellte die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und für knappschaftlich Beschäftigte die Bundesknappschaft. Hinzu kommen die Bundesbahnversicherungsanstalt und die Seekasse. Alle Träger sind in dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) zusammengeschlossen.

Zu Ausführungen zu Kooperationen s. Kapitel 10.

7.3 Umsetzung der rechtlichen Regelungen

Da die wesentlichen Leistungen in das SGB IX integriert worden sind, wird die Umsetzung in dem Kapitel 10 betrachtet. Dort werden ebenfalls die im SGB VI verbliebenen präventiven rechtlichen Regelungen (§ 31 SGB VI) beschrieben.

7.4 Zusammenfassung und Fazit

Die Zusammenfassung wird ebenfalls im Kapitel 10 vorgenommen.

8 Gesetzliche Unfallversicherung – SGB VII

1996 erfolgten wesentliche Neuerungen im Arbeitsschutz in Deutschland. Zum einen trat am 07.08.1996 das „Gesetz zur Umsetzung der EG-Rahmenrichtlinie [von 1989] Arbeitsschutz und weiterer Arbeitsschutzrichtlinien“ (verspätet) in Kraft, das seit dem 31.12.1992 in nationales Recht übernommen werden musste. Zum anderen wurden mit gleichem Datum die Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung an diese Veränderungen mit dem „Gesetz zur Einordnung des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung in das Sozialgesetzbuch“ und der Einführung des SGB VII angepasst. Nach Ansicht der Gewerkschaften wurde damit die „bedeutsamste Arbeitsschutzreform in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland“ durchgeführt (Zwingmann 1998, S. 177).

Ausgehend von den Veränderungen durch das Arbeitsschutzgesetz und die entsprechend angepasste gesetzliche Unfallversicherung wird nach kurzer Darstellung ihrer Strukturen ein Einblick in das historische Verständnis der Unfallversicherung gegeben, das diese bis heute prägt. Hieran schließt sich die derzeitige Umsetzung der präventiven rechtlichen Regelungen an, die im Wesentlichen auf das erweiterte Präventionsverständnis und die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen fokussiert und nicht den traditionellen Arbeitsschutz betrachtet. Am Schluss werden die Fragen beantwortet, ob und welche gesetzliche Einzeländerungen notwendig sind und welche Relevanz ein übergreifendes Präventionsgesetz für die Unfallversicherung hat.

Das Kapitel beruht (1) auf einer *Analyse der Literatur*, (2) auf *schriftlichen Stellungnahmen* des Bundesverbandes der Unfallkassen e.V. (Prof. Dr. Hartmut Weber-Falkensammer, PD Dr. Rolf Manz) und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di, Herbert Weisbrod-Frey) sowie (3) vertiefenden leitfadengestützten *Interviews*. Dieses erfolgte mit Herrn Prof. Dr. Hartmut Weber-Falkensammer, Geschäftsführer des Bundesverbandes der Unfallkassen e.V. Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften sandte anstelle einer Stellungnahme einige Publikationen zu. Für das Kapitel 8.5.2 Zusammenarbeit mit der gesetzlichen Krankenversicherung wurden zudem die Interviews mit Herrn Dr. Michael Drupp, Leiter des Instituts für Gesundheitsconsulting der AOK Niedersachsen, Hannover, und Herrn Alfons Chavet, Leiter der Abteilung Leistung/Versicherungen des IKK-Bundesverbandes, Bergisch-Gladbach, herangezogen.

8.1 Gesetzliche Regelungen

Nach einer Darstellung der wesentlichen Änderungen des Arbeitsschutzes werden zentrale präventive rechtliche Regelungen im SGB VII aufgezeigt.

8.1.1 Arbeitsschutz

Der Neuerung des Arbeitsschutzes 1996 vorausgegangen waren Rahmenrichtlinien der EG (1989) über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer. Auch im Vertrag von Maastricht (07.02.1992) bekräftigten die Mitgliedstaaten, dass wesentliche Aufgabe zukünftigen sozialpolitischen Handelns der Schutz von Gesundheit und Sicherheit der Arbeitnehmer sein soll.

Mit einem umfassenden Verständnis der Gefährdung und ihrer frühzeitigen und präventiven Erfassung und aktiver Mitwirkung aller Beschäftigten folgt das 1996 in Deutschland etablierte Arbeitsschutzgesetz – wie auch andere europäische Richtlinien – einem neuen Leitbild. Es rückt damit ab von einem rein technischen Verständnis des Arbeitsschutzes, verbunden mit obrigkeitstaatlicher Aufsicht und passiver Rolle der Arbeitnehmer (Rosenbrock, Müller 1998).

Als wesentliche Neuerungen des Arbeitsschutzes gelten (Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit vom 07.08.1996):

- ein erweitertes, umfassenderes Gesundheitsverständnis mit Einbezug gesundheitsfördernder und psychosozialer Aspekte und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie eine Verbesserung des Gesundheitsschutzes,
- präventive Gesundheitspolitik als Querschnittsaufgabe von Betriebs- und Unternehmenspolitik, Einbindung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in die betrieblichen Führungsstrukturen,
- eine dynamische Anpassung des Arbeitsschutzes an die technischen und wissenschaftlichen Entwicklungen,
- die Partizipation der Beschäftigten in die Gewährleistung des Gesundheits- und Arbeitsschutzes,
- eine Dokumentation der Gefährdungsbeurteilungen durch den Arbeitgeber, der ergriffenen Schutzmaßnahmen und ihrer Wirksamkeit (jedoch nur in Betrieben über zehn Beschäftigte).¹

8.1.2 Präventive Regelungen im SGB VII

Den Veränderungen des Arbeitsschutzes wurden die Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung angepasst. Mit dem Unfallversicherungs-Einordnungsgesetz (U-VEG) vom 07.08.1996 (SGB VII) erfolgte eine deutliche Ausweitung der Aufgaben der Unfallversicherungsträger hin zu mehr Prävention insbesondere auch arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und der Verpflichtung zur Erforschung ihrer Ursachen.

¹ Nach einem Urteil des europäischen Gerichtshofs hat die Bundesregierung jedoch mit der Herausnahme kleinerer Betriebe unter elf Beschäftigten aus der Dokumentationspflicht für die Gefährdungen und die erforderlichen Maßnahmen gegen die europäische Rahmenrichtlinie zum Arbeits- und Gesundheitsschutz verstoßen.

Neu ist auch die Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit den Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Konstanty (1996) schätzt den Handlungszuwachs der Berufsgenossenschaften insgesamt auf 80 %.

Die gesetzlichen Formulierungen lassen einen Spielraum für die betriebliche Situation zu und enthalten ein volles Mitbestimmungsrecht der betrieblichen Interessenvertretung.

Einen Überblick über die präventiven Regelungen im SGB VII gibt die Tabelle 8-1.

Tabelle 8-1: Gesetzliche Verankerung von Prävention im SGB VII, Prävention i.e.S. schraffiert

Übergreifende Bestimmungen: Aufgaben, versicherter Personenkreis, Versicherungsfall		
§ 1	Prävention, Rehabilitation, Entschädigung	Aufgabe der Unfallversicherung: Vermeidung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren bzw. nach Eintritt Wiederherstellung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit.
§ 9	Berufskrankheit	Die Bundesregierung regelt mit Zustimmung des Bundesrates die Festlegung von Berufskrankheiten, die Voraussetzungen, Art, Umfang von Leistungen zu ihrer Prävention, Mitwirkung des medizinischen Arbeitsschutzes bei der Feststellung von Berufskrankheiten, Unterrichtung derselben durch die Unfallversicherungsträger über den Ausgang von Berufskrankheitenverfahren, Mitwirkung der UV-Träger zur Erkenntnisgewinnung zur Fortentwicklung des Berufskrankheitenrechts, Datenerhebung vom med. Arbeitsschutz und Weiterleitung an UV-Träger möglich zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten, arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren.
Prävention		
§ 14	Grundsatz	Verpflichtung der UV-Träger zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen. Verpflichtung der UV-Träger zur Ursachenforschung.
§ 15	Unfallverhütungsvorschriften	UV-Träger erlassen unternehmens- und versichertenbezogene Unfallverhütungsvorschriften, Genehmigung durch BMA.
§ 16	Geltung bei Zuständigkeit anderer Unfallversicherungsträger und für ausländische Unternehmen	Trägerübergreifende Geltung der Unfallverhütungsvorschriften für inländische Unternehmen, Einbeziehung deutscher Arbeitnehmer in ausländischen Unternehmen im Inland.
§ 17	Überwachung und Beratung	Verpflichtung der UV-Träger zur Überwachung und Beratung der Unternehmer und Versicherten bei der Durchführung der Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten, arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und wirksamen Erste Hilfe, Erfordernis der Abstimmung bei zwei UV-Trägern.
§ 18	Aufsichtspersonen	Verpflichtung der UV-Träger zur Beschäftigung qualifizierter Aufsichtspersonen.
§ 19	Befugnisse der Aufsichtspersonen	Befugnis zur Betriebs- und Akteneinsicht, Informationen u.a., aktive Unterstützung der Aufsichtsperson, darf im Notfall selbständige Anordnungen treffen.
§ 20	Zusammenarbeit mit Dritten	Verpflichtung zur Zusammenarbeit der UV-Träger (pro Bundesland ein UV-Träger oder gemeinsamen Landesverband) und der für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden: gemeinsame Überwachung, Informations- und Erfahrungsaustausch. Zusammenwirken auch mit Betriebs- bzw. Personalräten.
§ 21	Verantwortung des Unternehmers, Mitwirkung der Versicherten	Für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie für eine wirksame Erste Hilfe ist allein der Arbeitgeber verantwortlich, der auch die Kosten trägt. Die Versicherten haben die Maßnahmen zu unterstützen.
§ 22	Sicherheitsbeauftragte	Bestellung von Sicherheitsbeauftragten in Unternehmen mit mehr als 20 Beschäftigten, Ausnahmen bei hohen bzw. geringen Gesundheitsgefahren.

§ 23	Aus- und Fortbildung	Verpflichtung zur Aus- und Fortbildung der mit den Präventionsmaßnahmen betrauten Personen, Beteiligung der Landesbehörden. Kostenübernahme zur UV-Träger.
§ 24	Überbetrieblicher arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Dienst	Möglichkeit der Einrichtung überbetrieblicher und sicherheitstechnischer Dienste durch die UV-Träger zur Verbesserung von Arbeitsschutz und Unfallverhütung in Betrieben.
§ 25	Bericht gegenüber dem Bundestag [und Bundesrat]	Jährliche Vorlage eines Berichtes über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitsgeschehen, Zusammenfassung der Berichte der UV-Träger und der für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden. Alle vier Jahre Überblick über Entwicklung, Kosten, Maßnahmen zur Sicherheit und Gesundheit.
Leistungen nach Eintritt eines Versicherungsfalles		
§ 26	Grundsatz	Anspruch der Versicherten auf Heilbehandlung, medizinische, berufsfördernde, soziale und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Pflegebedürftigkeit. Verpflichtung der UV-Träger zur frühzeitigen Beseitigung oder Besserung von Gesundheitsschäden, Hilfen zur Bewältigung des täglichen Lebens.
§ 27	Umfang der Heilbehandlung	Aufzählung der Leistungen, u.a. medizinische Rehabilitation.
§ 35	Umfang der berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation	Auflistung der berufsfördernden Leistungen zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben.
§ 39	Umfang der Leistungen	Auflistung der Leistungen zur Teilhabe in der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen für behinderte Menschen, z.B. sozialpädagogische und psychosoziale Betreuung, Wohnungshilfe, Rehabilitationssport.
Organisation, Aufbringung der Mittel, Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern, Datenschutz		
§ 114	Unfallversicherungsträger	Auflistung der UV-Träger.
§ 162	Zuschläge, Nachlässe, Prämien	(1) Möglichkeit bzw. Pflicht der UV-Träger zur Auferlegung von Zuschlägen oder Nachlässen entsprechend Versicherungsfällen. (2) Möglichkeit der Gewährung von Prämien durch die UV-Träger zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.
§ 191	Unterstützungspflicht der Unternehmer	Die Unternehmer sind verpflichtet die UV-Träger zu unterstützen, u.a. in der Prävention.
§ 193	Pflicht zur Anzeige eines Versicherungsfalles durch die Unternehmer	Anzeigepflicht der Unternehmer hinsichtlich Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Mitteilungspflicht an für den Arbeitsschutz bzw. medizinischen ~ zuständige Landesbehörde.
§ 199	Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten durch die Unfallvers.träger	Erhebung und Speicherung von Sozialdaten durch die UV-Träger möglich zur Wahrnehmung ihrer präventiven Aufgaben und zur Forschung von Risiken und Gesundheitsgefahren.
§ 201	Datenerhebung und Datenverarbeitung durch Ärzte	Möglichkeit zur Übermittlung personenbezogener Daten der beteiligten Ärzte und Zahnärzte an UV- und ggf. anderer Leistungsträger.
§ 202	Anzeigepflicht von Ärzten bei Berufskrankheiten	Verpflichtung der Ärzte und Zahnärzte bestehende Berufskrankheiten den UV-Trägern oder dem medizinischen Arbeitsschutz anzuzeigen.
§ 204	Errichtung einer Datei für mehrere Unfallversicherungsträger	Möglichkeit der Errichtung einer Datei für mehrere UV-Träger u.a. (1) zur einheitlichen Ergreifung gezielter präventiver Maßnahmen, Gewinnung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, (2) Erhebung von Daten in Vorsorgedateien zur gezielten Prävention von Versicherten mit erhöhtem Risiko, Gewinnung von Erkenntnissen über arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und geeignete Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen, (3) Erkenntnisse zur besseren Prävention von Unfällen zu gewinnen, (4) ~ Berufskrankheiten, (5) ~ bei Entschädigungsfällen.
§ 206	Übermittlung von Daten für die Forschung zur Bekämpfung von Berufskrankheiten	Erhebung und Nutzung von Sozialdaten durch UV-Träger für Forschung zur Erkennung neuer Berufskrankheiten und Verbesserung der Prävention und Reha. nach Genehmigung durch Bundes- oder Landesbehörde.
§ 207	Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten zur Verarbeitung von Versicherungsfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren	Daten zu Stoffen etc sowie Betriebs- und Expositionsdaten dürfen nur dann an die zuständigen Behörden vermittelt werden, wenn sie nicht vertraulich sind.
§ 209	Bußgeldvorschriften	Auflistung von Ordnungswidrigkeiten, z.B. bei Zuwiderhandeln einer Unfallverhütungsvorschrift oder Nichtduldung einer Aufsichtsperson zur Prävention.

8.2 Historisches Verständnis der Prävention in der Unfallversicherung

Fast 100 Jahre lang haben die Berufsgenossenschaften sich ausschließlich der Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten gewidmet, geprägt von einem naturwissenschaftlich-technischen Verständnis und einer expertenzentrierten Orientierung (Marstedt, Mergner 1995 in Rosenbrock, Müller 1998). Die Berufsgenossenschaften sorgten sowohl für die Gewährleistung, zugleich aber auch für die Eingrenzung der finanziellen Ansprüche geschädigter Arbeitnehmer.

Miller und Müller (2002) weisen darauf hin, dass der ursächliche Zusammenhang zwischen konkreten Arbeitsbedingungen und gesundheitlichen Schädigungen der Arbeitnehmer lange Zeit vor allem ein juristisches Problem darstellte und sozialpolitische Interventionen sich auf einzelne, insbesondere technische Unfallverhütungsvorschriften, begrenzten. Gesundheitsbezogene Gefährdungen wurden weder systematisch erhoben, noch waren sie Zielsetzungen politischer Programme des Arbeitsschutzes oder der Sozialversicherungen. Die Unfallversicherung ihrerseits fokussierte auf die gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsbedingungen auf die Unfallverhütung und die Schadensregulierung bei eingetretenen Schädigungen. Im Zentrum stand das Unfallparadigma, das gesellschaftliche Legitimation mit juristischer und medizinischer Beurteilung verband (zur Begründung präventiver Maßnahmen in der Geschichte der Unfallversicherung siehe ausführlich Miller und Müller 2002).

Eine umfassende Prävention sonstiger arbeitsbedingter Gefahren und Belastungen erfolgte – begünstigt durch die oft große zeitliche Spanne zwischen ursächlicher Einwirkung und Auftreten gesundheitlicher Schäden – dagegen nicht. Neben der Vermeidung kurzfristig wirksamer Schadensereignisse war Ziel in erster Linie die für die Versicherung kostengünstige Wiederherstellung der Arbeitskraft (Pflanz 1975 in Miller, Müller 2002).

Mit der Veränderung der Arbeitsinhalte und Arbeitsbedingungen nahmen die Arbeitsunfälle im 20. Jahrhundert an Bedeutung ab, während neue, auch kognitive und psycho-soziale Belastungen hinzukamen, denen mit dem klassischen Arbeitsschutz nicht wirksam präventiv begegnet werden konnte. Nur 10-20 % des gesamten arbeitsbezogenen Risikogeschehens entfielen schließlich noch auf die Rechtsetzungs- und Handlungskompetenz der Berufsgenossenschaften (Konstanty 1996). Ihr gewachsenes Problemverständnis und ihre Handlungskonzepte standen damit „mehr oder weniger quer zu den Anforderungen eines modernen betrieblichen Gesundheitsschutzes“ (Rosenbrock, Müller 1998, S. 18). Mit modernem Management kompatibler erwies sich vielmehr die betriebliche Gesundheitsförderung, die sich an Problemlösungen orientiert, flexible Einsatzmöglichkeiten erlaubt und die Partizipation der Mitarbeiter als zentrales Element versteht (s. Kap. 3).

Die Bewältigung der neuen Aufgaben erfordert damit eine Umorientierung der bestehenden Strukturen und Handlungsrouinen, eine Neudefinition der Arbeitsteilung zwischen Kassen und Unfallversicherung sowie nicht zuletzt eine Weiterqualifizie-

rung der in der Unfallversicherung Tätigen sowie der Arbeitsmediziner und Sicherheitsbeauftragten. Auch der staatlichen Aufsicht kommt eine neue Rolle zu.

Dennoch wird bis heute bei der Begutachtung von Berufskrankheiten Prävention vorrangig als Gefahrenabwehr verstanden, bei der vor allem technische und organisatorische Maßnahmen (z.B. Ersatz gefährlicher Arbeitsstoffe durch andere), persönliche Schutzmaßnahmen (z.B. Gehörschutz) und medizinische Maßnahmen (z.B. ambulante Heilbehandlung) empfohlen werden (Hautverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften et al. 2001).

Letztlich werden damit – auch aufgrund einer entsprechend engen Berufskrankheitenverordnung und einer restriktiven ärztlichen Begutachtung – zahlreiche arbeitsbedingte und arbeitsbezogene Erkrankungen bei Arbeitsunfähigkeit von den Krankenversicherungen und bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit von den Rentenversicherungen getragen. Nach Zwingmann (1998) werden selbst tatsächliche Berufskrankheiten aufgrund vielfältiger Erfassungsmängel oft nicht von der Unfallversicherung übernommen.

8.3 Unfallverhütung und arbeitsbezogene Erkrankungen

Der ausgefallene Produktionswert durch Arbeitsunfähigkeit beträgt im Jahr 2000 37,04 Mrd. EUR. Dies entspricht 1,84 % des Bruttonationaleinkommens. Nach der Schätzung des Verlustes an Arbeitsproduktivität (Bruttowertschöpfung) liegt diese bei 60,03 Mrd. EUR (2,97 % des Bruttonationaleinkommens). An erster Stelle stehen mit Abstand Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, gefolgt von den Diagnosegruppen Verletzungen und Vergiftungen (Unfälle) sowie Krankheiten der Atmungsorgane (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001).

Nach einer repräsentativen Studie des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) 1998/99 (n=34.343) sind die weitaus häufigsten gesundheitlichen Beschwerden während bzw. unmittelbar nach der Arbeit in allen Berufsbereichen Schmerzen im unteren Rücken (Kreuzschmerzen, 36,6 %) sowie Schmerzen im Nacken-/Schulterbereich (28,4 %). Daneben sind allgemeine Müdigkeit, Mattigkeit und Erschöpfung (18,9 %) sowie Kopfschmerzen (17,3 %) weit verbreitet (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001).

Die große Bedeutung arbeitsbezogener Erkrankungen und präventiver Potenziale wird in einer jüngst publizierten Studie deutlich (Bödeker et al. 2002). Die Kosten arbeitsbedingter körperlicher Erkrankungen betragen in Deutschland 1998 mindestens 28,4 Mrd. EUR, von denen 14,9 Mrd. EUR auf direkte Kosten (Krankenbehandlung) und 13,5 Mrd. EUR auf indirekte Kosten (Arbeitsunfähigkeit) entfielen.

Größter Belastungsfaktor ist die „Arbeitsschwere/Lastenheben“, gefolgt von dem Faktor „geringer Handlungsspielraum“. Eine vollkommene Elimination dynamischer, schwerer Arbeit würde zu einer Reduktion von 23 % der AU-Fälle führen und 20,3

Mrd. DM bei den direkten und 4,5 Mrd. DM bei den indirekten Krankheitskosten sparen.

Eine realistische Reduktion besonders hoher körperlicher Belastungen insgesamt würde durchschnittlich die Kosten um 10 % senken. 6,1 Mrd. EUR an direkten und indirekten Krankheitskosten ließen sich allein durch die Vermeidung außerordentlich hoher körperlicher Belastungen vermeiden.

Von Bedeutung sind auch berufliche psychische Belastungen, denen 31% aller AU-Fälle zugeordnet werden können.² Davon erklären sich 14% durch kognitive Belastungen („geringer Handlungsspielraum“).

Verletzungen und Vergiftungen nehmen bei den verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren (1998) eine Spitzenstellung ein (3. Rang). Davon entfallen auf Arbeitsunfälle 8,34 aller Diagnoseklassen (Bödecker et al 2002).

8.4 Strukturen der gesetzlichen Unfallversicherung

Im Bereich des Arbeitsschutzes besteht in Deutschland ein Dualismus. Während die Aufsicht über den Arbeitsschutz den Gewerbeaufsichtsämtern in den Ländern obliegt, sind nach § 114 SGB VII die Berufsgenossenschaften die Träger der seit 1885 bestehenden Unfallversicherung. Einen Überblick über die Strukturen gibt die Abbildung 8-1.

8.4.1 Träger

Die Berufsgenossenschaften (BGen) sind überwiegend bundesweit zuständig. Um eine möglichst effektive berufs- und fachspezifischen Unfallverhütung zu ermöglichen, sind sie nach Risikogemeinschaften (Gewerbe nach Gewerbebezügen, Landwirtschaft, öffentliche Hand) gegliedert.

Insgesamt bestehen derzeit 35 Gewerbliche Berufsgenossenschaften, 21 landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften, der Bund, die Eisenbahn-Unfallkasse, die Unfallkasse Post und Telekom, die Unfallkassen der Länder, die Gemeindeunfallversicherungsverbände und Unfallkassen der Gemeinde, die Feuerwehr-Unfallkassen sowie die gemeinsamen Unfallkassen für den Landes- und den kommunalen Bereich.

² Die große Bedeutung psychischer Belastungen und ihre Zunahme in den 90er Jahren spiegeln auch repräsentative Befragungswellen von fast 3.000 Betriebs- und Personalräten in Deutschland wider. Unter den betrieblichen Entwicklungen und Problemen befinden sich Personalabbau, Änderung der Arbeitsorganisation und Erhöhung des Leistungsdrucks unter den ersten vier bzw. acht genannten Positionen (Schäfer 2001). Vergleichbare Ergebnisse zeigen auch periodische Befragungen von Arbeitnehmern des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) in Zusammenarbeit mit dem Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB). Zur Bedeutung psychischer Belastungen s. auch Siegrist, Möller-Leimkühler (2003).

Bis auf die Ausführungsbehörden für Unfallversicherung des Bundes handelt es sich um Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Mitglieder der Berufsgenossenschaften und Träger der Selbstverwaltung sind die einzelnen Unternehmen. Die Aufsicht über den Umfang und die Zweckmäßigkeit der Maßnahmen liegt beim Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (BMWA).

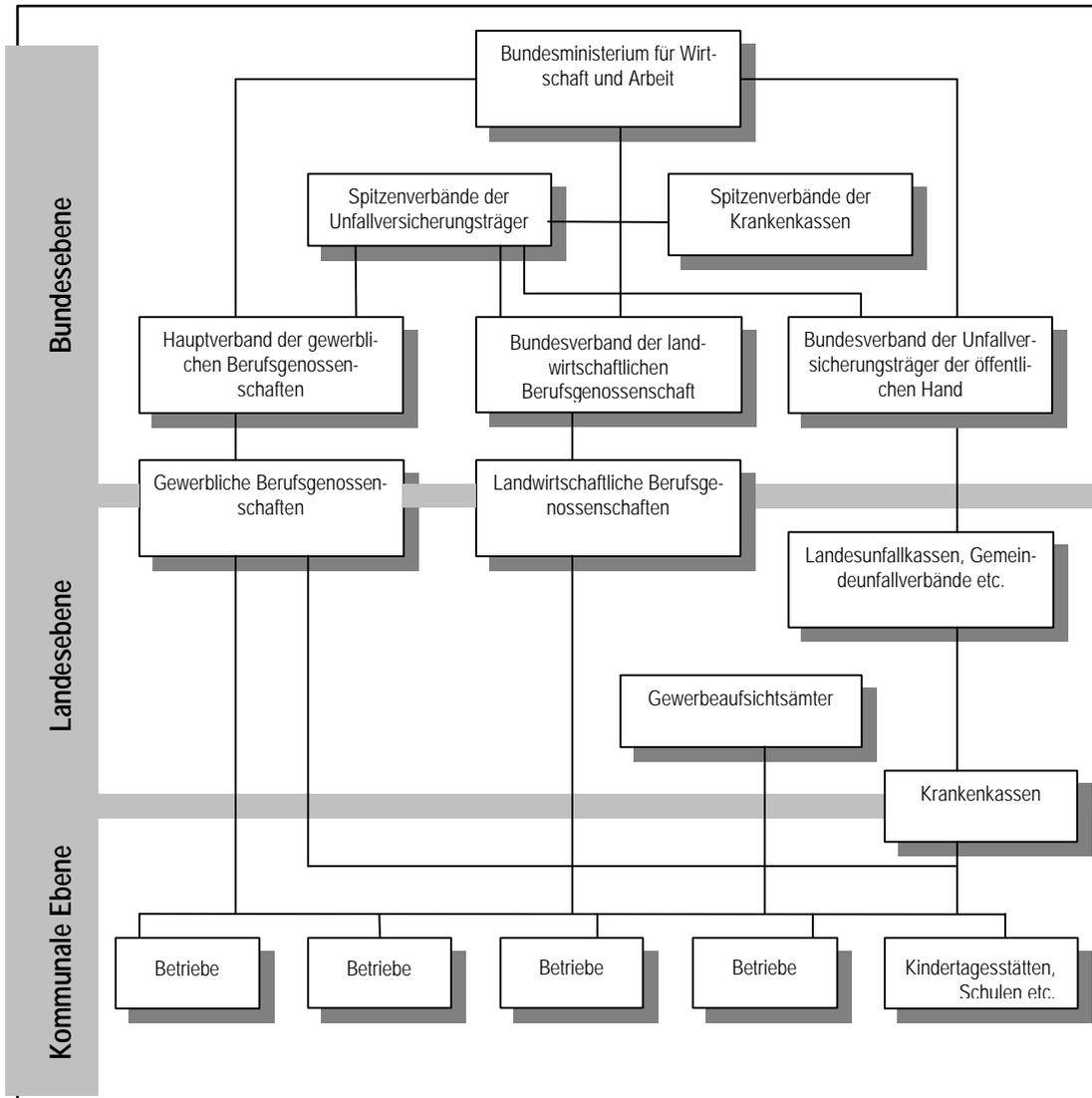


Abb. 8-1: Einrichtungen der gesetzlichen Unfallversicherung und ausgewählte Kooperationen (vereinfachte Darstellung)

8.4.2 Finanzierung

Die allein von den Unternehmern (nachträglich) aufzubringenden Beiträge richten sich nach dem Arbeitsentgelt der Versicherten, der jeweiligen Gefahrenklasse, die auf Basis von Gefährdungsrisiken ermittelt wird und dem individuellen Schadensrisiko, das im Sinne eines Bonus-Malus-Systems nach § 162 SGB VII bewertet wird und in ein Beitragsausgleichsverfahren eingeht (Seewald, Leube 2002, S. 172, s. auch Kap. 8.5.6). Letzteres soll einen Anreiz zur Verstärkung der Präventionsmaß-

nahmen geben, der durch die Gewährung zusätzlicher Prämien durch die Unfallversicherungsträger weiter gefördert werden kann (Schulz 1999).

Der Einteilung der Gefahrklassen nach § 157 SGB VII (und damit der Staffelung der Beiträge der Unternehmer) erfolgt nach dem Verhältnis der gezahlten Leistungen zu den Arbeitsentgelten. Eine Differenzierung, z.B. in ergriffene zusätzliche Maßnahmen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes besteht nicht. Durch die Bildung von Gefahrengemeinschaften nach den tatsächlich belegten Gefährdungsrisiken verbunden mit entsprechenden finanziellen Mehrbelastungen ist ein Präventionsanreiz gesetzlich beabsichtigt. Der Unterschied zwischen den Beitragsklassen wird allerdings sowohl in der Vergangenheit als auch in der Gegenwart als zu klein angesehen, um einen Anreiz zu verstärktem Gesundheitsschutz zu bieten (Milles, Müller 2002).³

Die Arbeitgeber sind in ihren Unternehmen nicht nur für die Umsetzung, sondern auch für die Finanzierung präventiver Aufgaben zuständig. Im Jahr 2000 entfielen hierauf 1.233 Mio. EUR – dies entspricht nicht ganz der Hälfte der Ausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung (719 Mio. EUR). Mit 13,6 % der gesundheitsbezogenen Gesamtausgaben der Arbeitgeber nahm ihr Anteil im Vergleich zu Beginn der 1990er Jahre leicht ab (1992: 16,4 %) (Statistisches Bundesamt 2002).

8.4.3 Ausgaben für Prävention

Den größten Ausgabenblock der Unfallversicherung entfallen auf Entschädigungen. Ausgaben für Prävention stehen betragen 18,9 % (2000) der Gesamtausgaben in der Unfallversicherung. Davon entfallen 94,6 % auf den allgemeinen Gesundheitsschutz, 3,5 % auf Gesundheitsförderung und lediglich 1,4 % wurden zur Früherkennung von Krankheiten ausgegeben. Diese Relationen haben sich in den vergangenen zehn Jahren kaum verändert. So trug auch die Einführung des SGB VII (1996) mit der Ausweitung der präventiven Aufgaben, aber nicht der präventiven Leistungen, zu keiner Erhöhung der präventiven Ausgaben bei (Anteil der präventiven Ausgaben an den Gesamtausgaben 1992: 17,9 %, 1997: 18,1 %). Lediglich bei den Ausgaben zur Gesundheitsförderung ist leichte eine Steigerung (zu Lasten des Gesundheitsschutzes) zu verzeichnen (Statistisches Bundesamt 2002, s. Abb. 8-2).

Eine Aufschlüsselung nach Einrichtungen zeigt, dass mit 35,0 % bzw. 62,6 % der Großteil der Ausgaben für Prävention/Gesundheitsschutz auf Einrichtungen der Verwaltung sowie sonstiger Einrichtungen entfällt (Statistisches Bundesamt 2002).

Die Ausgaben für die eigentlichen Verwaltungsleistungen sind mit 17,5 % (2000) die weitaus höchsten in den Sozialversicherungen und entsprechen denen der privaten

³ Allein in der gewerblichen Unfallversicherung sind zusammen rund 600 Risikogemeinschaften und Gefahrklassen verbunden. Die sich gesetzlich gegebenen theoretischen 21 Gestaltungsmöglichkeiten zur Berechnung des Beitragsausgleichs potenzieren sich in Verbindung mit der Abstufungsart zu einer kleinstufigen Vielzahl von Möglichkeiten (Schulz 1999).

Krankenversicherung (17,1 %). Ausgaben für Forschung werden im Bericht des Statistischen Bundesamtes (2002) nicht explizit ausgewiesen.

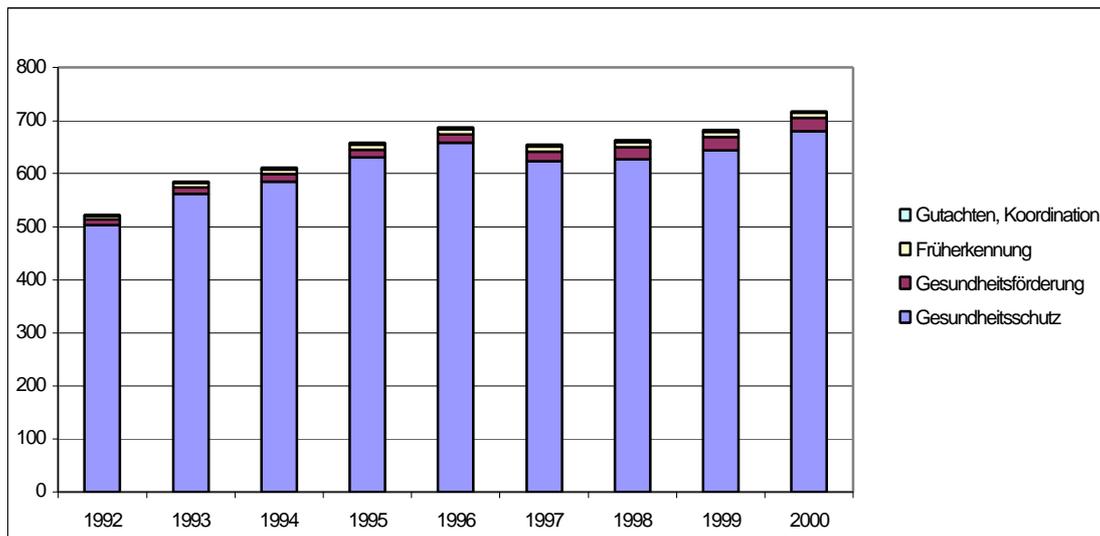


Abb. 8-2: Ausgaben in der gesetzlichen Unfallversicherung im Jahr 2000 (in Mio. EUR) (nach Statistisches Bundesamt 2002)

8.5 Umsetzung der rechtlichen Regelungen

Im Kapitel Umsetzung der rechtlichen Regelungen wird zunächst der generelle Umgang mit den erweiterten präventiven Aufgaben und die gesetzlich geforderte Zusammenarbeit mit den Krankenkassen betrachtet. Anschließend wird eine Analyse der Realisierung weiterer Einzelregelungen vorgenommen.

8.5.1 Erweiterte präventive Maßnahmen durch die Unfallversicherung

Ziel vieler Bundesverbände der Unfallversicherungsträger ist es, den Mitgliedsunternehmen evaluierte Maßnahmenbündel an die Hand zu geben, die diese wiederum multiplikatorenartig an die Mitgliedsunternehmen weitergeben können. Dieser Prozess läuft jedoch nur langsam an.

Ansätze bestehen in einzelnen Unternehmen, einzelnen Mitgliedsverbänden, z.T. gemeinsam mit den verschiedenen Einrichtungen der Krankenversicherung. Teilweise wurden spezifische Programme und Trainingsmaßnahmen entwickelt, z.B. für Krankenhäuser zu Heben und Tragen zur Prävention von Wirbelsäulenschäden, ebenso Programme zur primären und sekundären Prävention von Atemwegs- und Hauterkrankungen. Beispielhaft genannt sei auch die Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel- und Gaststätten, die Programme zur Prävention der Milchschorfallergie bei Bäckern vorbereitet, mit denen die Belastungen gezielt erkannt und reduziert werden sollen.

Inzwischen werden auch bisher früher i.d.R. nicht berücksichtigte Faktoren wie psychische Belastungen aufgegriffen, z.B. in Stressreduktionstrainings für Fahrer im öffentlichen Nahverkehr. Dennoch besteht hier weiterhin ein großer Entwicklungsbedarf sowohl im Hinblick auf die Erkennung psychischer Belastungen und Beschwerden, die Entwicklung von entsprechenden Instrumenten, als auch adäquaten Beratungsangeboten und Qualifizierungsmaßnahmen (Bindzius 2001).

Drei Viertel der in einer Umfrage im Jahr 2000 befragten gewerblichen BGen gaben an, im Zusammenhang mit dem erweiterten Präventionsauftrag Forschungsvorhaben durchzuführen (Bindzius 2001).

Insgesamt konnte die Unfallversicherung jedoch bislang selber nicht die erforderliche Kompetenz und Konzepte aufbauen, um gezielt umfassende Präventionsmaßnahmen im betrieblichen Kontext anbieten zu können. Wesentliche Gründe werden in den geringen personellen Ressourcen, des noch relativ geringen Know-hows und der Vermittlung des notwendigen Wissens in diesem Kontext gesehen. Zudem muss die Bereitschaft der Unternehmen hinzukommen, die Angebote wahrzunehmen. Es wird hervorgehoben, dass bei der Umsetzung der rechtlichen Regelungen teilweise erhebliche Widerstände überwunden werden müssen und die Notwendigkeit vor allem in kleinen und mittleren Betrieben aus ökonomischen Gründen immer wieder infrage gestellt wird.

Der Prozess der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren benötigt Zeit, um in den Betrieben hinreichend beachtet zu werden (Bindzius 2001). 1998 konstatiert die Gewerkschaft Holz und Kunststoff, dass die Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes in den wenigsten Betrieben ernsthaft in Angriff genommen wird. Die IG Metall bekräftigt 2002 einen erheblichen Nachholbedarf der Berufsgenossenschaften „in Sachen Prävention“. Vor allem Veränderungen in den Betrieben wie die Zunahme der Leistungsverdichtung, ungünstigere und ausgeweitete Arbeitszeiten, vermehrte psychische Belastungen sowie die sich im Wandel befindenden Beschäftigungsverhältnisse weg von dauerhaften Arbeitseinsätzen⁴ erfordern neue Präventionskonzepte. Kritisiert wird auch die anhaltende Vernachlässigung kleinerer Betriebe (Angermaier 2002).

Allerdings wird den neuen Anforderungen verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet und sie als Herausforderung begriffen. Nach repräsentativen Befragungen von fast 3.000 Betriebs- und Personalräten in Deutschland rangiert der Arbeitsschutz 1996-1999 an dritter Stelle bzw. vierter Stelle der betrieblichen Entwicklungen und Probleme und nahm damit im Vergleich zu 1994-1997 um das Doppelte der Nennungen zu. Arbeitsschutz avancierte damit in der Wahrnehmung der Betriebs- und Personalräte zum bedeutenden Konfliktfeld (Schäfer 2001).

Die Hauptverbände könnten in der Umsetzung der erweiterten Präventionaufgabe aus Sicht des befragten Experten gestärkt werden, indem den Mitgliedern auferlegt wird,

⁴ Defizite bestehen hinsichtlich arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen bei häufig wechselnden Einsätzen an verschiedenen Arbeitsplätzen (Angermaier 2002).

einen definierten Anteil aus ihrem Entschädigungstopf für diese Aufgaben zur Verfügung zu stellen. Abgebaut werden könnten die bestehenden Barrieren auch dadurch, indem die Kooperationen mit den Krankenkassen und/oder weiteren externen Anbietern weiter intensiviert werden. Durch eine generelle gesetzliche Regelung würde sich diese Problematik und die Langsamkeit des Prozesses nach Ansicht des befragten Experten nicht entschärfen.

Die einschlägigen rechtlichen Regelungen zum Arbeitsschutz sind in der Praxis überwiegend bekannt. Problematisch sind die Kenntnisse von Rechtsvorschriften allerdings auf der obersten Führungsebene, wo häufig ein Defizit hinsichtlich der Rechten und Pflichten im Bereich der Prävention besteht.

Ein Defizit besteht auch oft im Bewusstsein der unmittelbar Betroffenen. Sicherheitsgerechtes Verhalten und gesundheitsgerechtes Verhalten sind im Bewusstsein der Versicherten nicht ausreichend verankert. Dieses Problem lässt sich allerdings nicht mit neuen rechtlichen Regelungen beheben. Wichtig erscheint nach Ansicht der Unfallversicherung in diesem Zusammenhang die gesellschaftspolitische Akzeptanz weiter zu erhöhen und durch Öffentlichkeitsarbeit aller gesellschaftlichen Gruppen die Bedeutung von Gesundheit und Unfallfreiheit in allen gesellschaftlichen Bereichen herauszustellen.

8.5.2 Zusammenarbeit mit der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 14 SGB VII)

Ein Schwerpunkt bei der Analyse der Umsetzung wird mit diesem Kapitel auf die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen gelegt. Hierbei sollen nicht nur Träger unterschiedlicher Sozialgesetzbücher und damit eine Vielfalt von Einrichtungen verbunden, sondern zugleich differierende historisch gewachsene Auffassungen zur Prävention im Betrieb als auch unterschiedliche bestehende Informationen über das Krankheitsgeschehen, seiner Ursachen und Versorgung zusammengeführt werden.

8.5.2.1 *Beginn der Zusammenarbeit*

Mit der Einführung des § 20 SGB V im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) 1989 konnten die Krankenkassen erstmals bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitwirken und dabei mit der gesetzlichen Unfallversicherung zusammenarbeiten. Dieses war ein Novum, entsprechende Strukturen bestanden bis dahin nicht⁵, der Kontakt ging über die bloße Meldung von Arbeitsunfähigkeitsfällen und Berufskrankheiten nicht hinaus. Da die komplementäre Verpflichtung sowohl zur Kooperation als auch zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren erst 1996 mit der Einführung des SGB VII erfolgte, fühlten sich – nach Einschätzung der

⁵ Erste Versuche, statistische Informationen der Krankenkasse für eine arbeitsweltbezogenen Berichterstattung zu nutzen, gab es durch den Gewerbearzt Teleky mit rheinischen Ortskrankenkassen in den 1920er Jahren, ohne jedoch zu einer systematischen kontinuierlichen Berichterstattung zu führen (Miller, Müller 2002).

Krankenkassen – zunächst zumindest Teile der GUV nicht angesprochen (Bellwinkel 1998).

Mit einem eher naturwissenschaftlich-technischen, expertenorientierten Verständnis von Arbeits- und Gesundheitsschutz und einem eher übergreifenden, ressourcenorientierten, partizipativen Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung standen sich zudem zwei „Welten“ diametral gegenüber.

Dennoch wurde 1992 eine erste Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Berufsgenossenschaften mit Handlungsempfehlungen verabschiedet. Auf ihrer Basis wurden einzelne Projekte durchgeführt (Beispiele s. Bellwinkel 1998). Am bekanntesten ist das vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) geförderte „Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit (KOPAG)“, bei dem seit 1994 der Bundesverband der Betriebskrankenkassen mit dem Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften zusammenarbeitet (s. Kap. 8.5.2.4).

Nach den geänderten gesetzlichen Regelungen haben am 28.10.1997 die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung eine den gesetzlichen Vorgaben angepasste Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren verabschiedet. Hierin empfehlen die Vereinbarungspartner auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene (Wirtschaftszweig, Branche, Innung) eine direkte Zusammenarbeit der Träger der Unfallversicherung und der Krankenkassen. Auf Ebene der Spitzenverbände wurde zudem u.a. ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch über den Stand und die Qualität der Zusammenarbeit ebenso vereinbart wie die Entwicklung von Methoden zur Ableitung von Präventionsmaßnahmen und das Aufzeigen von Entwicklungs- und Forschungsbedarf.

Einmal jährlich findet seitdem ein Gespräch mit allen Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der gesetzlichen Unfallversicherung statt. Die weitere Ausarbeitung erfolgt in einem gemeinsamen Arbeitskreis unter jährlich wechselnder Federführung zwischen dem Bundesverband der Innungskrankenkassen und dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Die Empfehlungen werden zudem auf die einzelnen Regionen angepasst und übertragen.

8.5.2.2 Art und Bewertung der Zusammenarbeit

Bezüglich der Zusammenarbeit von Unfallversicherungsträgern und Krankenversicherungsträgern lassen sich zwei Ebenen unterscheiden: die Zusammenarbeit bei der Erstellung von Gesundheitsberichten und die Zusammenarbeit in den Betrieben vor Ort.

Als gut etabliert und mit vielen Beispielen belegt wird von der Unfallversicherung die Zusammenarbeit der Institutionen bei der Erstellung von Gesundheitsberichten gesehen. Die Kombination von Angaben zum Krankheitsgeschehen wie etwa AU-Tage, Diagnosen, Medikamentenverordnung mit den Daten der Unfallversicherer

wie Gefährdungsermittlung typischer Arbeitsplätze, Unfalldaten funktioniert; die entsprechenden Berichte geben Hinweise zur Schwerpunktsetzung der Präventionsarbeit, sowohl branchenbezogen als auch hinsichtlich des typischen Erkrankungsspektrums. Die systematische Kombination dieser Daten erweitert den Blick über die traditionelle Betrachtung von Unfallschwerpunkten sowie des Berufskrankheitengeschehens hin zur Frage arbeitsbedingter Erkrankungen im weiteren Sinne.

Anders wird die Situation bei der Kooperation auf Betriebsebene, sozusagen vor Ort, bewertet. Genau genommen müssen hier drei Kooperationspartner betrachtet werden, der Unfallversicherungsträger, die zuständigen Krankenkassen sowie der einzelne Betrieb.

Im Jahr 2000 erfolgte erstmals ein umfassender Erfahrungsaustausch mit 160 Mitarbeiter der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenkassen zur Zusammenarbeit beider Träger bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und der Versuch einer ausführlichen Bestandsaufnahme bestehender Kooperationsprojekte (Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften 2001). Danach hat sich nicht nur die Art und das Ausmaß der Zusammenarbeit geändert, sondern auch das gegenseitige Vertrauen und Verständnis ist innerhalb von zehn Jahren erheblich gewachsen. Hervorgehoben werden die Synergieeffekte durch die unterschiedlichen Zugänge der Versicherungsträger zu den Betrieben. Allerdings verbleiben die positiven Erfahrungen oft auf der Ebene der Projektarbeit und fließen kaum in die alltägliche Routine ein. Staatliche Arbeitsschutzämter spielen bei der Kooperation i.d.R. keine Rolle, und auch die Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte sind bislang nur unzureichend eingebunden (Zinke 2001).

Im Vergleich zu 1995 gab in der schriftlichen Befragung 1999/2000 ein Viertel der Berufsgenossenschaften an, die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen stark ausgebaut zu haben und gut die Hälfte hatte sie nach eigenen Angaben etwas ausgebaut. Die Zusammenarbeit wird seitens der BGen als „gut“ bewertet (Bindzius 2001, Coenen, Bindzius 2000).

Eine interne Anfrage der Unfallversicherungsträger bei den Mitgliedskassen über ihre Erfahrungen vor Ort ergab folgendes Bild: Die generelle Bereitschaft der Akteure zur Zusammenarbeit ist in der Regel gegeben und lässt sich auch sehr schnell im Rahmen von Terminsetzungen verwirklichen. In der Mehrzahl der Fälle kommt die Zusammenarbeit aber über die Gründung von Steuerungsgruppen nicht hinaus. Wo sie das tut, wird häufig beklagt, dass speziell von Seiten der Krankenkassen Veranstaltungen im Betrieb häufig für Werbezwecke „missbraucht“ werden. Daneben sind jedoch auch positive Beispiele feststellbar, hier gelingt es in Form von konkreten Projekten aus der Zusammenarbeit einzelner engagierter Mitarbeiter bei Unfall- und Krankenkassen gezielt Präventions- und Interventionsmaßnahmen im Betrieb einzuführen und umzusetzen.

Eine Zusammenarbeit wird vor allem dort als einfacher beurteilt, wo die Spitzenverbände der einzelnen Kassen stark sind und eindeutige Positionen vertreten. Aufgrund der uneinheitlichen Positionen innerhalb der Spitzenverbände der Krankenkassen

wird die Möglichkeit einer gemeinsamen Vereinbarung von der Unfallversicherung derzeit jedoch nicht gesehen.

Während seitens der Berufsgenossenschaften der Wettbewerb der Krankenkassen und die Vielfalt der Ansprechpartner beklagt wird, stehen den Krankenkassen mit den unterschiedlichen Berufsgenossenschaften ebenfalls zahlreiche Akteure gegenüber. Die Kompetenz, Qualität und die Bereitschaft der Berufsgenossenschaften zum Aufgreifen des Themas Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren wird von Kassenseite (wie das eigene Feld, vice versa) als sehr heterogen erlebt, z.T. erfolgt lediglich eine Beratung ohne Aufsuchen der Betriebe. Als hemmend wird – ebenfalls von den in der betrieblichen Gesundheitsförderung engagierten Betrieben – das teilweise noch bestehende traditionelle Verständnis der Unfallverhütung und des Arbeitsschutzes der Berufsgenossenschaften beschrieben (s. Tabelle 8-2). Als eine Motivation der Berufsgenossenschaften, neue Handlungsfelder wie die Prävention für sich zu erschließen, wird von anderen Einrichtungen – vor dem Hintergrund der Sorge um eine Angleichung der europäischen Sozialversicherungssysteme und die Schaffung einer einheitlichen Einrichtung – die Demonstration ihrer Legitimation gesehen.

Tabelle 8-2: Barrieren in der Kooperation zwischen der Unfallversicherung und den Krankenkassen sowie zukünftige Aufgaben zu ihrer Überwindung (zusammengestellt nach Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften 2001)

Probleme aus Sicht der GUV	Probleme aus Sicht der GKV	Sonstige Barrieren	Zukünftige Ziele
Wettbewerb zu stark im Vordergrund	kein Interesse an Zusammenarbeit	unterschiedliche Entscheidungswege	Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe
Auslagerung von Maßnahmen in kommerzielle Unternehmen/Marketingabteilung	zuviel Überzeugungsarbeit zur Zusammenarbeit erforderlich	unterschiedliche Finanzierungsmöglichkeiten	verstärkter Informations- und Erfahrungsaustausch, Transparenz der Organisationsstrukturen
mangelnde Kooperation der Kassen untereinander	zu wenig Personal	Fehlen einer gemeinsamer Datenbasis, unterschiedliche Dateninterpretation	Verpflichtung der Kassen zur kassenartenübergreifenden inner- und überbetrieblichen Kooperation
Beschäftigte gehören mehreren Kassen an	klassischer Arbeitsschutz im Vordergrund	keine Einbindung der staatlichen Arbeitsschutzämter in die Kooperation	stärkere Einbindung der Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte sowie der Selbstverwaltung
Vielzahl unterschiedlicher Strukturen	wenig Aufgeschlossenheit gegenüber Innovationen	geringer Stellenwert der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Selbstverwaltung	Entwicklung langfristiger Strategien zur Übernahme der Erkenntnisse in die Routineversorgung und Stärkung der Nachhaltigkeit
Unterschiedlicher Erfahrungshintergrund und Interesse der Kassen	Vielzahl unterschiedlicher Strukturen		Entwicklung gemeinsamer Qualitätskriterien zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren
Kassen nur an Finanzierung durch GUV interessiert, einseitige Finanzierung zu Lasten GUV mangelnde Abstimmung bei der Präsentation von Gesundheitsberichten	kaum finanzielle Beteiligung der GUV		Entwicklung von Standards zur Qualifizierung, Durchführung gemeinsamer Fortbildungen

Bellwinkel (1998) weist auf Missverständnisse hin, die teilweise auf Seiten der Krankenversicherung bestehen. So wird häufig erwartet, dass die Träger der Unfallversicherung ihren Präventionsauftrag entsprechend dem (im SGB VII gesetzlich nicht gestützten) WHO-Verständnis einer umfassenden betrieblichen Gesundheitsförderung übernehmen und sich stärker finanziell und personell engagieren sollten.

Einen zusammenfassenden Überblick über die bestehenden Probleme aus Sicht der beiden beteiligten Kooperationspartner gibt die Tabelle 8-2.

Die Gründe für die mangelnde Umsetzungsfähigkeit der Gesetzeslage in betriebliche Präventionspraxis sind vielschichtig. Als Determinanten lassen sich aus Sicht der Unfallversicherungsträger jedoch benennen:

- (1) Die Heterogenität der für einen Betrieb zuständigen Krankenkassen (so sind die Mitarbeiter in einem konkreten Betrieb bei bis zu vier oder fünf verschiedenen Krankenkassen versichert). Hier könnte eine Poolbildung der betroffenen Krankenkassen unter der Führerschaft der jeweils am stärksten repräsentierten Kasse ggf. Abhilfe schaffen (Federführungsprinzip).
- (2) Das Gesetz bzw. die Gesetze geben einen unklaren Grauzonenbereich für die Zusammenarbeit von Unfall- und Krankenkassen vor Ort im Betrieb vor. Betriebliche Gesundheitsförderung kann als breites Aktionsfeld verstanden werden, im Rahmen dessen viele Aktionen (ob sinnvoll oder nicht) möglich sind. Die Grenzen der Zuständigkeit (GUV/GKV) sind nicht definiert, was es den beteiligten Akteuren offensichtlich erschwert, eine aktive Rolle zu spielen.
- (3) Hinter der generellen Zielsetzung einer betrieblichen Gesundheitsförderung/Prävention können sich je nach Sozialversicherungsträger und spezifischem Betrieb sehr unterschiedliche konkrete Vorstellungen verbergen. Solange Maßnahmen unklar bleiben sind solche Dissense unwirksam, sie gefährden also eine Zusammenarbeit zwischen GUV und GKV nicht, führen auf der anderen Seite jedoch auch nicht dazu, dass konkrete Projekte in Angriff genommen werden.

Konkrete Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte, die von engagierten Mitarbeitern der beteiligten Akteure getragen werden haben eine hohe Realisierungs-chance und sind vermutlich auch am effizientesten. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass detaillierte Konzepte zur Umsetzung vorliegen, wobei die beteiligten Akteure sich über ihre spezifischen Teilaufgaben abstimmen müssen. Vermutlich fehlen sowohl den Kranken- als auch den Unfallversicherern die erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen, um flächendeckend mit ausgearbeiteten Präventionskonzepten vor Ort tätig zu werden (s. § 18 SGB VII Kommentierung Seewald, Leube 2002). Die Ausstattung der Unfallversicherungsträger wird für diese Aufgaben i.d.R. als nicht ausreichend angesehen. Aber auch ungeachtet der personellen, finanziellen und materiellen Probleme wird nicht ausgeschlossen, dass ein Dissens der Kooperationspartner hinsichtlich der Präventions- und Gesundheitsförderungsziele besteht.

Zur Überwindung der immer noch bestehenden Vorurteile und des Konkurrenzdenkens wird von beiden Seiten ein verstärkter Aufbau persönlicher Beziehungen und ein intensivierter Erfahrungsaustausch als wichtig erachtet. Zur Verbesserung der Qualität sollten gemeinsam Standards zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zu Qualifizierungsmaßnahmen entwickelt werden.

Zur Stärkung der innerbetrieblichen Zusammenarbeit wird ferner eine vermehrte Einbindung der gesetzlich bestellten Berater, die Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte, für notwendig gesehen (Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften 2001, s. auch Tabelle 8-2)

Zur Eindämmung des Wettbewerbs der Krankenkassen wird eine Verpflichtung der Kassen zur inner- und überbetrieblichen Kooperation vorgeschlagen. Zur Erhöhung des Stellenwertes der gemeinsamen Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen sollte die betriebliche Gesundheitsförderung eine Querschnittsaufgabe für alle Akteure werden (Zinke 2001).

8.5.2.3 Vorschläge der Unfallversicherung zur Weiterentwicklung

Von dem Bundesverband der Unfallkassen wird ein Szenario zur Überwindung der derzeitigen Barrieren vorgeschlagen. Danach ließe sich die Situation vor Ort erheblich vereinfachen, wenn die Kompetenzzuschreibung für Präventionsaktivitäten vor Ort im Betrieb maßgeblich einem der Partner zugeschrieben würde.

In diesem Zusammenhang könnten sich die Unfallversicherungsträger wie folgt positionieren: Zielsetzung der Unfallversicherungsträger ist die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle. Die Unfallversicherungsträger bleiben damit in einem pathologieorientierten Ansatz verpflichtet, d.h. ihr Ziel ist die Prävention. Betrachtet man sich die neuere Präventionsterminologie genauer, so geht es hier um die Primärprävention bzw. im weiteren Sinne um eine universelle Prävention von zu erwartenden gesundheitlichen Auswirkungen ungünstiger Arbeitssituationen. Der universellen Prävention vorgelagert spricht man von der Primordialprävention dann, wenn nicht konkrete Schadensereignisse, wie etwa Erkrankungen oder Unfälle, verhindert werden, sondern Risiken die zu letzteren führen. Im Gegensatz dazu ist terminologisch die Gesundheitsförderung dem salutogenetischen Modell verpflichtet, ihr Ziel ist nicht primär die Abwendung von Schaden, sondern die Kompetenzerweiterung des Individuums in sozialer, psychischer etc. Hinsicht.

Aus diesen Überlegungen ließe sich nach Ansicht des Unfallversicherungsträgers eine alleinige oder zumindest federführende Zuständigkeit der Unfallversicherungsträger für die Prävention auf betrieblicher Ebene ableiten. Der Vorteil wäre, dass hier einheitliche Präventionsziele und Ansätze sowie Verfahrensweisen entwickelt werden könnten, da eine Abstimmung mit dem Kooperationspartner Krankenversicherung entfielen.

Auch unter den szenarisch genannten Voraussetzungen der alleinigen Zuständigkeit der Unfallversicherungsträger für betriebliche Präventionsansätze bliebe ein erhebliches materielles, finanzielles und personelles Defizit bei den Unfallversicherern für diesen Aufgabenbereich bestehen. Diese Situation ließe sich entschärfen, sofern die Unfallversicherungsträger Standardprogramme entwickelten, die sie mit Hilfe geeigneten Personals in die Betriebe disseminieren, dort jedoch nur für eine Implementationsphase aktiv wären, und sich dann bezogen auf diesen einzelnen Betrieb auf eine Supervisionsrolle zurückzögen. Auf diese Weise könnte es nach Ansicht des Unfallversicherungsträgers gelingen, dass zumindest ein Großteil der interessierten Betriebe in den Genuss der Präventionsansätze käme.

Auch unter diesen Bedingungen wäre eine Zusammenarbeit zwischen den Unfallversicherungsträgern und der gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich des Berichtswesens zur Identifizierung von Schwerpunkten für Präventionsaktivitäten, wie sie bereits bis jetzt erfolgreich durchgeführt wird, erforderlich.

8.5.2.4 Modellprojekte

Die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und die Erforschung ihrer Ursachen erfordert die Analyse arbeitsbedingter Belastungsfaktoren und arbeitsbedingter Arbeitsunfähigkeit, die Identifikation besonders belasteter Personengruppen sowie die Ermittlung von Frühindikatoren für arbeitsbedingte chronische Erkrankungen. Da die einzelnen Daten sowohl der Unfallversicherungsträger als auch der Krankenversicherungen singulär hierzu keine hinreichenden Informationen liefern, sind beide gesetzlich aufgefordert (§ 14 SGB VII, § 20 SGB V) zusammenzuarbeiten. Dies erfordert zunächst die Entwicklung tragfähiger Kooperationsstrukturen und adäquater Verfahren der Datenzusammenführung und statistischen Zusammenhangsanalyse und anschließend ihre Integration in die Routineversorgung. Entsprechende Kooperationsstrukturen für eine von Unfallversicherungsträgern und Krankenkassen gemeinsam getragene Gesundheitsberichterstattung zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren wurden zunächst in Modellprojekten entwickelt und erprobt. Drei Modellprojekte werden im folgenden kurz skizziert.

Eine Vorreiterrolle nahm das vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung geförderte Modellprojekt „Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit“ (KOPAG) (1994-1997) ein, in dem seit 1994 der Bundesverband der Betriebskrankenkassen mit dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften zusammenarbeiten. In dem Projekt wurden zum einen Verfahrenswege der Kommunikation entwickelt und erprobt wie z.B. die Einrichtung und Moderation von Entscheidungsgremien sowie problembezogene Arbeitsgruppen unter Einbezug aller Akteure. Zum anderen wurden zur Erforschung des Zusammenhangs zwischen Arbeitsbelastungen und Gesundheit und zur Ermittlung besonders belasteter Beschäftigungsgruppen die Daten der fünf beteiligten Betriebe (z.B. Personaldaten), der Berufsgenossenschaften (z.B. Berufskrankheiten- und Arbeitsunfalldaten) sowie der Krankenkassen (z.B. Arbeitsunfähigkeit) zusammengeführt und mit neuen, zusätzlich erhobenen Daten aus betriebsärztlichen Untersuchungen, Mitarbeiterbefragungen sowie Gefährdungs- und

Belastungsbeurteilungen verknüpft (Hammer, Bellwinkel 1998, Bödeker 1999, Die gewerblichen Berufsgenossenschaften 2002, Bödeker, Friedel, Röttger, Schröder 2002). Die entwickelten Instrumente stehen für einen routinemäßigen Einsatz zur Verfügung und sollen in den Verbänden verbreitet werden.

Das „Integrationsprogramm Arbeit und Gesundheit“ von Unfallversicherung und Krankenkassen (IPAG, 1997-2001) setzt an den Ergebnissen und Erfahrungen von KOPAG an. In Kooperation mit mehreren Krankenkassen und Berufsgenossenschaften fokussiert das ebenfalls vom BMA geförderte Modellvorhaben auf kleine und mittelständische Betriebe wie z.B. Tankstellen, KFZ-Handwerk, Rechtsanwaltsbüros und Pflegeheime. Es erfolgt u.a. eine kassenartenübergreifende Auswertung der AU-Daten, die Erschließung neuer Datenquellen zum Krankheitsgeschehen, die Bildung von Arbeitsplatztypen und die Erstellung von Belastungsprofilen (www.gesundheit-und-arbeit.de [29.07.2002]).

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung förderte von 1998-2001 das Projekt „Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren in der Bauwirtschaft“ (ArGO), das gemeinsam von der Bau-Berufsgenossenschaft Hannover sowie der AOK und IKK in Niedersachsen durchgeführt wurde. Ziel war die Bildung einer gemeinsamen Datenbasis zur Ermittlung spezieller Gefährdungen in der Baubranche, die als Basis zur Entwicklung zielgruppenorientierter, frühzeitiger Präventionsansätze dienen soll. Zusammengeführt wurden arbeitsbezogene Daten des Unfallversicherungsträgers (arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten) und Leistungsdaten der beteiligten Krankenkassen (Arbeitsunfähigkeiten, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) (Bau-Berufsgenossenschaft Hannover 2002, Schäfer, Seidel 2002).

8.5.3 Unfallverhütungsvorschriften (§ 15 SGB VII)

Bei den arbeitsmedizinischen Angeboten hat sich aus Sicht der Unfallversicherungsträger ein gesamthafes Verständnis von betrieblicher Prävention noch nicht durchgesetzt. Hier dominiert ein rein arbeitsmedizinisch enges Aufgabenverständnis. Diese Defizite sind auch berufspolitischer Art. Sie wirken sich auch in der betrieblichen Umsetzung von Unfallverhütungsvorschriften aus. Das birgt die Gefahr, dass die eigentlichen Aufgaben der Arbeitsmedizin nach dem Arbeitssicherheitsgesetz unzureichend wahrgenommen und der eigentliche Aufgabenkontext ausgehöhlt wird.

Problematisch und teilweise hinderlich für die Präventionsarbeit der Unfallversicherungsträger ist der komplizierte und lange Genehmigungsprozess von Rechtsvorschriften in Form von Unfallverhütungsvorschriften. Da hier die Länder unterschiedliche oder zum Teil sogar keine Genehmigung erteilen, ist eine einheitliche Rechtsanwendung trotz gleicher und vergleichbarer Gefährdungen nicht möglich.

8.5.4 Überwachung und Beratung (§ 17 SGB VII)

Im Vorfeld des SGB VII und nach Inkrafttreten wurden Erhebungen zur Personalbemessung in den Berufsgenossenschaften in dem Aufgabenbereich Prävention von einer Unternehmensberatung durchgeführt. Diese zeigte Defizite in der Personalstärke auf, was zum sukzessiven Ausbau der Präventionsbereiche in den Unfallversicherungen im öffentlichen Bereich führte. Gleichzeitig werden allerdings aus Sicht der Gewerkschaften Personaleinsparungen im öffentlichen Arbeitsschutz als Schwachstelle beklagt.

Eine im Jahr 2000 durchgeführte Umfrage bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften weist bei ca. 40 % der BGen einen Personalzuwachs in den technischen Aufsichtsabteilungen und den Präventionsabteilungen aus. 50 % nahmen dabei eine Ergänzung um weitere Fachdisziplinen vor, wobei vor allem Arbeitsmediziner, Psychologen und Arbeitswissenschaftler zusätzlich eingebunden wurden (Bindzius 2001).

Zur äußeren Kenntlichmachung eines erweiterten Aufgabenspektrums haben die Berufsgenossenschaften vielfach die Bezeichnung „Technischer Aufsichtsdienst“ in „Präventionsabteilung“ oder „Geschäftsbereich Prävention“ geändert.

Die Ausrichtung der Beratungs- und Überwachungstätigkeit erfolgt anhand von Prioritäten. Schwerpunkte in den gewerblichen Berufsgenossenschaften bilden häufige Unfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren, insbesondere ergonomische Aspekte (Bindzius 2001). Kritisch angemerkt wird, dass in der Vergangenheit perfektionistische Ansätze teilweise zu einer Überregulierung führten bei gleichzeitiger mangelnden Sensibilisierung für andere wichtige Risiken und Prioritätensetzung (Rumler 2000).

Unbekannt ist aufgrund der unterschiedlichen organisatorischen Untergliederung der Kommunen die Zahl der von den Unfallversicherungen im öffentlichen Bereich zu betreuenden Unternehmen. Damit kann eine zuverlässige Risikoabschätzung auf epidemiologischer Basis aufgrund des fehlenden Nenners in diesem Bereich nicht erfolgen.

Ein zusätzliches Handicap liegt in der relativ seltenen Überwachung und Beratung von Unternehmen. Sie erfolgt je nach Unternehmenstyp teilweise nur alle fünf oder gar (im schlimmsten Fall) alle 20 Jahre.

Geregelt ist auch, dass für die Arbeitsplätze Gefährdungsbeurteilungen erstellt werden, an denen präventive Maßnahmen ergriffen werden können. Zu kurz kommen allerdings noch die psychischen Belastungen, die teilweise aus Organisationsmängeln heraus entstehen.

Jährlich erfolgen Koordinationstreffen mit den Hauptverbänden. Die Zusammenarbeit und gegenseitige Information wird auch aufgrund der zu bewältigenden Normungsarbeit als eng beschrieben.

8.5.5 Aus- und Fortbildung (§§ 18 und 23 SGB VII)

Die Unfallversicherung hatte zunächst Probleme den erweiterten Präventionsbegriff umzusetzen. Nach wie vor ist immer noch das traditionelle Präventionsverständnis (Unfallverhütung) in der Unfallversicherung vorherrschend, und damit ein anderes, als es im üblichen Forschungskontext gesehen wird. Die Hinwendung auf den allgemeinen Präventionsbegriff ist schwierig und erfordert Fort- und Weiterbildungen sowie Änderungen in den Ausbildungen. Einige Aktivitäten werden nachfolgend aufgeführt.

Derzeit wird das u.a. im Verwaltungsbereich bislang nicht beachtete Thema der psychischen Belastungen aufgegriffen und versucht, es in die Ausbildung der Fachsicherheitskräfte und Aufsichtspersonen stärker aufzunehmen.

Die Schulungen für die Ausbildung der Fachsicherheitskräfte werden nach der neuen Konzeption des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (ab 2001, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 1999) von dem befragten Experten als ausreichend angesehen. Ebenso werden diese neuen Inhalte für Führungskräfte aufbereitet. Angestrebt wird auch eine Einbindung des Grundkurses für Fachsicherheit in die Fachhochschulausbildung. Ein Postgraduiertenstudiengang an der Fachhochschule München in Kooperation mit der Universität Bremen und der Hochschule Magdeburg-Stendal zu dieser Thematik ist im Aufbau.

Als Gemeinschaftseinrichtung der gewerblichen Berufsgenossenschaften wurde Anfang 2001 das Berufsgenossenschaftliche Institut Arbeit und Gesundheit (BGAG) mit den Aufgaben der Qualifizierung, Forschung und Beratung in Dresden eröffnet (Bindzius 2001).

Annäherungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Fortbildungsschulungen sind noch nicht ausreichend gelungen.

8.5.6 Anreize (§ 162 SGB VII)

Die Möglichkeit der Vergabe von Prämien nach § 162 SGB VII – über die Gewährung von Nachlässen und/oder der Auferlegung von Zuschlägen (Beitragsausgleichsverfahren) hinaus – wird in den jeweiligen Berufsgenossenschaften unterschiedlich geregelt. Während es bei den meisten BGen gesetzlich vorgeschrieben ist, ist dies bei der öffentlichen Unfallversicherern optional. Hier wird es in der Regel durchgängig nicht durchgeführt.

Die Ausgestaltung eines Anreizsystems auf Basis der Zahl, Schwere und Aufwänden für Unfälle und/oder Berufskrankheiten obliegt dem Unfallversicherungsträger (Schulz 1999).

Derzeit erfolgt mit der Unfallkasse Hessen eine Erprobungsregelung mit großzügigen Bonus-Malus-Regelungen mit dem Ziel zu analysieren, inwieweit sich diese Maß-

nahmen auf die Entschädigungsregelungen auswirken. Anreize in Form von Bonus-Regelungen werden insbesondere für den Schulbereich als interessant angesehen, aus eigenem „betrieblichem“ Antrieb etwas zur Senkung der Unfallzahlen an Schulen zu tun. Bei Erfüllung entsprechender Voraussetzungen könnte ein Budget für präventive Maßnahmen wie z.B. für die Schulhofgestaltung zur Verfügung gestellt werden.

8.5.7 Datenerhebung und -auswertung (§§ 199, 204 und 206 SGB VII)

Nach § 204 SGB VII besteht die Möglichkeit der Einrichtung einer Datei für mehrere Unfallversicherungsträger. Da zwischen den BGen noch kein einheitliches statistisches Erfassungsmuster besteht, ist eine Zusammenführung der Daten derzeit nicht möglich. Hier bedarf es noch eines entsprechenden Verständigungsprozesses zwischen den Unfallkassen, um dieses Problem, das nicht nur eine Vergleichbarkeit der Daten, sondern auch eine Zusammenarbeit erschwert, zu beheben. Ein erster Schritt stellt die Bildung von Entwicklungsgemeinschaften dar, mit dem Ziel die Daten entsprechend aufzubereiten und zum Zwecke von Benchmarks, Kostenleistungsrängen usw. sowie Verwaltungsvereinfachungen zusammenzuführen.

Datenmanagement wird derzeit auch zusammen mit den Krankenkassen im Rahmen eines vom BMA geförderten Projektes zur Abfallentsorgung erprobt. Zum einen soll getestet werden, inwieweit die Daten als Frühwarnsystem genutzt werden können, um arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren vorzubeugen, zum anderen sollen gezielt und frühzeitig Interventionen vorgenommen werden. Eine Zusammenführung von Daten zur Erforschung von Risiken und Gesundheitsgefahren und zur Entwicklung und Optimierung präventiver Maßnahmen (§§ 199 und 206 SGB VII) erfolgt auch im Rahmen weiterer Modellprojekte (s. Kap. 8.5.2.4).

Im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften gibt es eigene Forschungseinrichtungen, die auch Grundlagenforschung im Bereich der Primärprävention durchführen, z.B. zur Abschätzung des gesundheitlichen Risikos bei der Einführung neuer Technologien. In den BGen im öffentlichen Bereich nimmt die Forschung einen geringeren Stellenwert ein. Sie bezieht sich vor allem auf Aspekte, in denen diese BGen nach Aussage des Experten federführend sind, wie z.B. die Belastung der Wirbelsäule beim Heben und Tragen im Krankenhausbereich.

8.5.8 Bericht (§ 25 SGB VII)

Nach § 25 SGB VII ist dem Bundestag jährlich ein Bericht über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitsgeschehen vorzulegen, der die Berichte der einzelnen UV-Träger und der für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammenfasst. Alle vier Jahre erfolgt ein Überblick über die Entwicklung, Kosten und Maßnahmen zur Sicherheit und Gesundheit.

Der übergreifende Bericht wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im Jahr 2001 unter dem Titel „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2000. Unfallverhütungsbericht Arbeit“ herausgegeben. Neben den aufgenommenen Darstellungen der finanziellen Aufwändungen, des Unfall, Berufskrankheitengeschehen sowie der Betrachtung der Gesundheit und Arbeitsbedingungen sollte zukünftig die strukturelle Entwicklung in der Umsetzung der gesetzlichen Unfallversicherung z.B. die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen aufgenommen werden.

8.6 Zusammenfassung und Fazit

Der Neuausrichtung des Arbeitsschutzes in Deutschland und der entsprechenden Anpassung der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) liegt ein Gesundheitsverständnis zugrunde, dass mit der Berücksichtigung psychosozialer Aspekte und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, einer vermehrten Partizipation der Beschäftigten, einer präventiven Gesundheitspolitik als Querschnittsaufgabe von Betriebs- und Unternehmenspolitik weit über das bisherige traditionelle und enge Verständnis des Arbeitsschutzes im Sinne von Unfallverhütung hinausreicht.

Damit ist eine erhebliche Ausweitung der präventiven Aufgaben für die Berufsgenossenschaften (BGen) als den Trägern der Unfallsversicherung verbunden.

8.6.1 Erweiterung der präventiven Aufgaben – Herausforderung für die Unfallversicherung

Die Umsetzung der gesetzlich geforderten Ausweitung der Prävention hin zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ist aufgrund einer hundertjährigen engeren Ausrichtung des Arbeitsschutzes und den damit verbundenen Strukturen sowie Denk- und Handlungsmustern langwierig und bei weitem noch nicht abgeschlossen. Die Überwindung dieser auch aufgrund neuer Entwicklungen in der Arbeitswelt (z.B. Erhöhung der Arbeitsintensität, Ausweitung der Arbeitszeiten) und damit einhergehender veränderter Krankheitsrisiken und -bilder erfordert neue Konzepte und Qualifizierungen auf der Ebene der Berufsgenossenschaften, der Betriebe (Sicherheitsfachkräfte) und der Mitarbeiter. Nicht zuletzt tangieren die Neuerungen auch die Gewerbeaufsichtsämter und die Länder.

Den Anforderungen begegneten die BGen u.a. mit Ausweitungen des präventiven Personals, wobei auch bislang nicht integrierte Disziplinen aufgenommen wie Psychologen und Arbeitswissenschaftler aufgenommen wurden.

Im Bereich der Qualifizierung wurde 2001 ein neues Ausbildungskonzept zur Fachkraft für Arbeitssicherheit eingeführt sowie z.B. Fort- und Weiterbildungen konzipiert zur erweitertem Arbeitsschutz angeboten.

Deutliche Defizite finden sich vor allem in der Erfassung psychischer Belastungen und Beschwerden sowie in der Entwicklung und Umsetzung zielgerichteter Konzepte und Angebote zur verhältnis- und verhaltensbezogenen Prävention.

Zur Förderung einer breiten Kommunikation über vorhandene Erfahrungen und bereits bestehende und geplante Ansätze, einer Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Unternehmen und betrieblichen Handlungsträgern, der Entwicklung von Modelllösungen für kleine und mittlere Betriebe und Sicherstellung einer qualifizierten Beratung ist eine wirksame und koordinierte Politik der Träger erforderlich.

8.6.2 Kooperation mit den Krankenkassen

Die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen trägt – insbesondere unterstützt durch gemeinsame Modellprojekte – mit der Entwicklung von neuen Erhebungsinstrumenten, der Zusammenführung und Auswertung von Daten, der damit möglichen Definition detaillierterer Gefährdungsprofile sowie der Erstellung von Gesundheitsberichten zu einem vertieften Verständnis arbeitsbedingter Erkrankungen bei. Dieses sollte zukünftig weiterentwickelt und intensiviert werden.

Auch wenn inzwischen einige Instrumente und Verfahren für die Routineanwendung vorliegen, sind die Ergebnisse noch nicht selbstverständlicher Bestandteil der Berufsgenossenschaften geworden.

Zur Verbesserung der Qualität und Nachhaltigkeit sollten von beiden Kooperationspartnern gemeinsam Standards zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie zur Qualifizierung entwickelt werden. Auch die erweiterte Berichterstattung sollte vereinheitlicht, standardisiert und in die Routineversorgung überführt werden.

Das größte Problem bei der Zusammenarbeit mit der GKV stellt für die Unfallversicherung der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander dar, das letztlich aber nur vom Gesetzgeber selbst zu lösen ist. Dies wird auch als Problem bei der betrieblichen Prävention in den Betrieben gesehen. Zum besseren Handling wird eine Verpflichtung der Kassen zur kassenartenübergreifenden Kooperation sowie eine Poolbildung in der Finanzierung vorgeschlagen. Ansätze zur Poolbildung bestehen derzeit aufgrund der starken Interessensvertretung der Einzelkassen nicht. Als wesentliche Barriere gilt der Aspekt des Marketings.

8.6.3 Optimierung der präventiven Maßnahmen

Bei den derzeitigen Entwicklungen einer Intensivierung der Arbeit, Umstrukturierungen in der Arbeitswelt sowie zukünftig höherer Lebensarbeitszeit bei gleichzeitig zahlenmäßig deutlich verringertem Potenzial an Arbeitskräften kommt der Förderung der Gesundheit der Arbeitnehmer ein hoher Stellenwert zu. Das novellierte SGB VII bietet hierzu umfassende rechtliche Voraussetzungen, die in ihrer Umsetzung weiter optimiert werden müssen.

Dies betrifft u.a. die Entwicklung neuer, den o.g. Herausforderungen begegnenden, zielgerichteten Präventionskonzepte und ihre flächendeckende Umsetzung. Insbesondere für kleinere Unternehmen, die im Arbeitsschutz aus der Dokumentation der Gefährdungsbeurteilungen und der ergriffenen präventiven Maßnahmen herausgenommen worden sind, und in der Umsetzung von Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen vernachlässigt werden, müssen verstärkt Präventionsansätze konzipiert und durchgeführt werden.

Zur Erhöhung des vielfach als unzureichend bezeichneten Bewusstseins der betroffenen Arbeitnehmer und der gesellschaftlichen Akzeptanz ist zu überlegen inwieweit gemeinsame Berufsgenossenschaften übergreifende Strategien unter Verwendung von Methoden des Social Marketings sinnvoll sind.

Erprobt und evaluiert werden sollte, inwieweit Anreize z.B. in Form von Prämien die Umsetzung und Akzeptanz präventiver Maßnahmen fördern können.

Neben den bestehenden Kooperationen mit der GKV sollte auch die Zusammenarbeit mit den Rentenversicherungsträgern weiterentwickelt werden, z.B. zur Einbeziehung von Frühberentungsindizien zur Klärung berufsspezifischer Risiken (Rumler 2000).

Die durch als positiv bewertete Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung begonnene Vernetzung mit weiteren Einrichtungen ist zu intensivieren.

8.6.4 Gesetzliche Einzeländerungen und übergreifendes Präventionsgesetz

Abschließend wird aufgezeigt, ob und inwiefern gesetzliche Einzeländerungen erforderlich sind und eine Einschätzung zu einem übergreifenden Präventionsgesetz gegeben.

8.6.4.1 Gesetzliche Einzeländerungen

Aus rechtlicher Sicht werden die Rahmenbestimmungen nach dem SGB VII zur Gewährleistung einer wirksamen Prävention, die von den Berufsgenossenschaften auszugestalten sind, im Wesentlichen als ausreichend angesehen. Die Aufgaben sowie die Rechte und Pflichten der Unfallversicherungsträger im Präventionsbereich sind hinreichend deutlich umschrieben. Sie gewährleisten auf der einen Seite einen rechtlich sicheren Handlungsrahmen und auf der anderen Seite genügend Freiraum, um den sich schnell ändernden Gegebenheiten der Arbeitswelt Rechnung tragen zu können.

Für die einheitliche Durchführung der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren wäre eine Pauschalfinanzierung durch Kranken- und Unfallversicherung hilfreich. § 20 SGB V und § 14 SGB VII sollten eine gemeinsame Regelung vice versa zur Durchführung und Finanzierung bekommen.

Wichtig ist eine klare Abgrenzung der derzeit unterschiedlich ausgelegten gesetzlichen Regelungen. Zur gemeinsamen Erfüllung des gesetzlichen Auftrags der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sollten sämtliche Beteiligte zur Kooperation verpflichtet werden. Ebenso sollte eine kassenartenübergreifende Kooperation der im Wettbewerb stehenden Krankenkassen gesetzlich verankert werden.

8.6.4.2 *Übergreifendes Präventionsgesetz*

Die Einschätzungen bezüglich eines übergreifenden Präventionsgesetzes differieren.

Einerseits wird nach einer Pressemitteilung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (2002) eine neue gesetzliche Regelung wie ein Präventionsgesetz als nicht sinnvoll bewertet. Bei einer Harmonisierung der rechtlichen Regelungen wird die Gefahr gesehen, den hohen gesetzlichen Standard im Arbeitsschutz zu verlieren.

Von ver.di wird dagegen eine Zusammenführung präventiver Regelungen z.B. des SGB V und SGB VII ähnlich dem SGB IX befürwortet. Inwieweit weitere Sozialgesetzbücher und Gesetze eingebunden werden sollen (z.B. die Kinder- und Jugendhilfe) muss anhand bestehender und sich ggf. neu ergebender Schnittstellen überlegt werden.

Auch der Bundesverband der Unfallkassen hält ein übergreifendes Präventionsgesetz für sehr sinnvoll. Es bietet die Chance bislang bestehende sektorale Grenzen zu überwinden und bislang nicht beachtete Bereiche und potenzielle Kooperationspartner wahrzunehmen. Wichtig ist eine gesetzliche Festlegung von Kooperationen und eine definierte Aufgabenzuweisung.

9 Kinder- und Jugendhilfe – SGB VIII

Am 01.01.1991 trat das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) als VIII. Buch des Sozialgesetzbuchs in Kraft, das – nach Übergangsvorschriften – seit dem 01.01.1995 ohne Einschränkungen gilt. Es löste nach einer 30-jährigen Reformdiskussion das Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG) aus dem Jahre 1961 ab, das im wesentlichen auf dem Reichswohlfahrtsgesetz (RJWG) aus dem Jahr 1922 beruhte. Ausgangspunkt der rechtlichen Neuordnung war, dass sich die Jugendhilfepraxis bereits in vielen Bereichen von den ordnungsrechtlichen Orientierungen des Jugendwohlfahrtsgesetzes weg entwickelt hatte und durch Ausdifferenzierung des Angebotes nicht länger den Schwerpunkt allein bei Defizit-ausgleichenden und im traditionellen Sinne normalisierenden Maßnahmen setzte. Das SGB VIII griff damit einen fachlichen wie auch gesellschaftswissenschaftlichen Diskussionsstand sowie bereits vorhandene Entwicklungen in der Praxis auf.

Zu den Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe gehören Jugendarbeit, Kinder- und Jugendschutz, die Förderung der Erziehung in der Familie, die Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen, Hilfe zur Erziehung und Hilfe für junge Erwachsene, aber auch die Inobhutnahme, Herausnahme und Erteilung von Pflegeerlaubnis von Kindern und Jugendlichen (§ 2 SGB VIII).

Ausgehend von dem Verständnis von Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe wird der Bezug des SGB VIII zur Gesundheit analysiert und die rechtlichen präventiven Regelungen aufgezeigt. Hieran schließt sich die Darstellung der Strukturen und der Umsetzung an.

Basis des Kapitels bildet (1) eine *Analyse der Literatur*. (2) Zur Relevanz gesundheitsbezogener Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe und ihrer Umsetzung in der Praxis liegt zudem eine ausführliche *Stellungnahme* von Frau Dr. Brigitte Seifert, Deutsches Jugendinstitut e.V., München, vor. Sie bildete die Basis für (3) ein vertiefendes leitfadengestütztes *Interview*. Zudem wurden von der Autorin Interviews geführt mit Frau Gudrun Mertens, Leiterin des Landesjugendamtes, Stuttgart, und Frau Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

9.1 Prävention und Gesundheit in der Kinder- und Jugendhilfe

Mit Mittelpunkt des folgenden Kapitels steht das Verständnis von Prävention und der Bezug zur Gesundheit in der Kinder- und Jugendhilfe.

9.1.1 Zielgruppen

Zielgruppe der Kinder- und Jugendhilfe sind Kinder (< 14 Jahre), Jugendliche (14-18 Jahre) und junge Erwachsene bis zum 27. Lebensjahr. Besondere Aufmerksamkeit

wird dabei den seelisch behinderten und sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen gewidmet.

Die Kinder- und Jugendhilfe erstreckt sich zudem auf die Zielgruppe der Eltern bzw. die Erziehungs- und Personensorgeberechtigten. Im Feld des Kinder- und Jugendschutzes schließt die Zielgruppe Erwachsene aller gesellschaftlichen Bereiche ein.

9.1.2 Konzept der Gesundheit

Das SGB VIII bringt in seinen Grundzielen (insbesondere § 1 SGB VIII) und durch die Benennung von Aufgabenfeldern ein Verständnis von Sozialstaatsverantwortung zum Ausdruck, das präventives Handeln sowohl im Sinne von Verhinderung von und Schutz vor Gefährdungen als auch im Sinne von Unterstützung, Förderung von Ressourcen und Hinwirken auf eine entwicklungsförderliche Gestaltung der Lebensverhältnisse von Kindern und Jugendlichen und ihren Personensorgeberechtigten beinhaltet.

Eine so verstandene „Gesundheit“ macht deutlich, dass die Möglichkeiten zu einer unter individuellen und sozialen Gesichtspunkten positiven Lebensbewältigung und zu einer gesunden Lebensführung maßgeblich von den *Lebensbedingungen* abhängig sind. Soziale Benachteiligung, insbesondere die von Armut gekennzeichnete soziale Lage, hat nach Ergebnissen sozialepidemiologischer Forschung bereits bei Kindern und Jugendlichen gravierende Auswirkungen auf den Gesundheitszustand, auf das allgemeine Gesundheitsbefinden, das Gesundheits- und Ernährungsverhalten (u.a. Klocke 1995, Walper 1999, Seifert 2002), auch wenn im konkreten Einzelfall salutogenetische Faktoren (Schutzfaktoren) moderierend wirken.

9.1.3 Verständnis von Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe

Der Begriff der Prävention wird im SGB VIII selbst nicht verwendet, dennoch ist Prävention seit den 90er Jahren zentral mit dem Selbstverständnis der Kinder- und Jugendhilfe verbunden (Lüders 1995, S. 43). So unterscheidet die Literatur zu Kinder- und Jugendhilfe – ähnlich wie die Definitionen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion zum Gesundheitswesen (2001) – verschiedene Interventionszeitpunkte: *Primäre Prävention* zielt auf lebenswerte und stabile Verhältnisse, um größere Konflikte und Krisen im Sozialisationsgeschehen zu vermeiden. *Sekundäre Prävention* soll vorbeugende Hilfen in belastenden Situationen bieten, die zu Krisen auszuwachsen drohen. *Tertiäre Prävention* setzt bei bereits eingetretenen Krisensituationen und Gefährdungen an (Bürger 2000).

Diesem breiten, sich an dem Konzept der Gesundheitsförderung (s. Definition Kap.1) orientierenden Verständnis stehen vor allem in den gefährdungsbezogenen arbeitenden Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe immer noch stärker traditionelle erzieherische und risikobezogene Ansätze gegenüber. *Primäre Prävention* setzt nach gängigem Verständnis (Bayerisches Landesjugendamt 1994, S. 12) vor der Begeg-

nung mit konkreten Gefährdungen an, zielt auf die Förderung des richtigen Umgangs mit konkreten Gefahren und versucht, das Entstehen von Gefährdungen verschiedenster Art zu verhindern. *Sekundäre Prävention* „bedeutet gezieltes erzieherisches und ordnungsrechtliches Handeln zur Verringerung, Eindämmung und Kontrolle von Gefährdungen, welche die Lebensbedingungen und die Entwicklungschancen junger Menschen konkret bedrohen.“ *Tertiäre Prävention* setzt bei bereits von Gefährdungen betroffenen Kindern und Jugendlichen an, z.B. bei Suchtmittelabhängigkeit, Delinquenz, Kindesmisshandlung, sexuellem Missbrauch, Zugehörigkeit zu Jugendsekten.

Der Achte Jugendbericht der Bundesregierung, der in die Beratungen zum SGB VIII mit einbezogen worden ist, geht auf das neue Selbstverständnis bzw. Aufgabenverständnis der Kinder- und Jugendhilfe ausführlich ein (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1990, S. 75ff): Zum einen wurde das Selbstverständnis (und die Praxis) durch die Auswirkungen des „strukturellen Wandels der Gesellschaft und den damit einhergehenden Veränderungen der traditionellen Lebensordnungen und verfügbaren Alltagsmuster“ verändert. Kinder- und Jugendhilfe musste Antworten auf die komplizierter werdenden *Entwicklungs- und Lebensbedingungen im Modernisierungsprozess* finden. Mit der Ausdifferenzierung der sozialpädagogischen Handlungsfelder wurde dem Anspruch der Gesellschaft, allen Menschen die Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Leben und für gesellschaftliche Partizipation zu schaffen, Rechnung zu tragen versucht. Angesichts zunehmender Schwierigkeiten der Lebensbewältigung Jugendlicher traten somit neben die angestammten Ziele der Fürsorge, Sozialdisziplinierung und Erhaltung des sozialen Friedens zunehmend Lern- und Hilfsangebote im weiten Feld der „normalen“ Orientierungs- und Lebensprobleme von Kindern, Jugendlichen und ihrer Familien (ebd., S. 77).

Zum anderen wurde das Selbstverständnis der Kinder- und Jugendhilfe von einem neuen *Konzept von Jugend* beeinflusst, nach dem Jugendentwicklung nicht länger als gradlinig verlaufende Persönlichkeitsentwicklung aufgefasst wurde. Entwicklung, als individuelle handelnde Auseinandersetzung mit Realität verstanden, zieht ein verändertes Verständnis der Entwicklung im Jugendalter nach sich, das durch *Offenheit und Vielfältigkeit von Lebensstrategien* charakterisiert ist. Dem traditionellen pädagogischen Umgang im Sinne einer intentionalen Erziehung wurden Vorstellungen von pädagogischer Begleitung im Form von Beratung, Unterstützung und Förderung von Ressourcen gegenübergestellt.

Damit hielt ein umfassender Begriff von gesundheitlich *präventivem Handeln* Einzug in das Selbstverständnis der Jugendhilfe, der unter Aufnahme neuer sozialwissenschaftlicher Theoreme (Lebensweltansatz, Lebensstilforschung, Stress-Forschung, Forschung zu kritischen Lebensereignissen, Konzept der Entwicklungsaufgaben u.a.m.) nicht mehr allein auf medizinisch fundierten Kategorien basierte, sondern sich vermehrt an Konzepten der Hilfe zur Selbsthilfe, von Empowerment, der Schaffung sozialer Netzwerke orientierte.

Das SGB VIII trägt dem Perspektivenwechsel Rechnung, indem es eine verstärkte *präventive Orientierung* in die Leitziele des Gesetzes aufnimmt. Entsprechend ist das SGB VIII kein *Erziehungsgesetz*, wie Seewald und Leube (2002) und auch Rothenburg (2001) es nennen, sondern vielmehr ein Gesetz zur Anbietung sozialer Dienstleistungen mit präventivem Anspruch und deutlichem Akzent auf präventiven Leistungen und Maßnahmen, die die Erziehung von Kindern in der Familie unterstützen sollen. Der nachgehenden Intervention bei eingetretenen Notzuständen (reaktive Eingriffs- und Wächterfunktion des Staates) wird ein umfangreiches Aufgabenspektrum zur rechtzeitigen, vorsorglichen Unterstützung und Förderung vorangestellt. Zum Schutz des Kindes bleibt die Wächterfunktion weiterhin erhalten, tritt jedoch zugunsten des präventiven Ansatzes zurück.

Wesensmerkmale der Kinder- und Jugendhilfe sind nach § 1 Abs. 3 SGB VIII (Wiesner et al. 2000, Einleitung, Rdnr. 20, S. 8f.):

- „ihre Ausrichtung auf die Förderung der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen,
- die Unterstützung, Herstellung oder Wiederherstellung der elterlichen Erziehungsverantwortung und die Achtung des elterlichen Erziehungsprimats bis zur Grenze missbräuchlichen und kindeswohlschädigenden Verhaltens,
- der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohl“.

Damit wird deutlich, dass präventive Regelungen im SGB VIII nicht nur die Perspektive: Schutz des Kindes vor Gefahren (Gefahrenabwehr) und Schutz des Kindeswohls sowie präventive Interventionen angesichts gesellschaftlich definierter Risiken enthalten, sondern auch die Perspektive: Schaffung besserer Rahmenbedingungen für die Erziehung von Kindern in den verschiedenen institutionellen und familiären Zusammenhängen, die dafür zuständig sind, sowie durch die Schaffung kindgerechter Lebensbedingungen (Wiesner et al. 2000, Kap. I, Rdnr. 20, S. 25).

9.1.4 Bezug zur Gesundheit im SGB VIII

Neben einem paternalistischen Moment von Zucht und Ordnung enthielt die alte Formulierung des § 1 JWG auch das Moment des Wohlergehens (Rothenburg 2001, S. 323). Das JWG unterschied zwischen „gesunder“ Jugend und „kranker, abweichender“ Jugend und leitete daraus die Aufgabe der Jugendhilfe, sich der nicht integrierten problematischen Jugend anzunehmen, ab. Das SGB VIII verzichtet fast vollständig auf den Begriff „Gesundheit“. Er kommt lediglich in den zusammengesetzten Substantiven *Gesundheitsbildung* und *Gesundheitsdienste* zum Tragen: Im Kontext der Aufgabenbereiche der Jugendarbeit (§ 11 SGB VIII) wird die außerschulische Jugendbildung mit allgemeiner, politischer, sozialer, *gesundheitlicher*, kultureller, naturkundlicher und technischer Bildung angeführt. Im Kontext der Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen (§ 81 SGB VIII) wird unter Abs. 1 Nr. 2 auf „Einrichtungen und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ und „sonstige Einrichtungen des Gesundheitsdienstes“ verwiesen.

In mehreren Kontexten lässt sich jedoch ein im weiteren Sinne auf Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung gerichtetes Interesse des Gesetzgebers erkennen: so zum Beispiel im Zusammenhang mit der Jugendarbeit in Sport, Spiel und Geselligkeit sowie der Jugenderholung (§ 11 Abs. 3 Nr. 2 und 5 SGB VIII), dem erzieherischen Kinder- und Jugendschutz (§ 14 Abs. 2 SGB VIII) oder der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie, bei der – über Familienbildung hinaus – insbesondere in belastenden Situationen Angebote der Familienfreizeit und Familienerholung vorgesehen sind (§ 16 Abs. 2 Nr. 3 SGB VIII).

Vergleichsweise häufig ist in verschiedenen Paragraphen vom „*Wohl des Kindes*“ die Rede (z.B. §§ 4, 17, 20ff. SGB VIII). Offen bleibt im Gesetz, was unter dem „*Wohl des Kindes*“ genau verstanden wird, doch ist davon auszugehen, dass die Erfüllung von Bedürfnissen des Kindes gemeint ist, die eine kindgerechte Entwicklung ermöglichen. Zu den Grundbedürfnissen einer gesunden seelisch-körperlichen Entwicklung nach Schmidtchen (1989, S. 106ff., zit. nach Schone et al. 1997, S. 24) gehören:

- physiologische Bedürfnisse,
- Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit,
- Bedürfnis nach Verständnis und sozialer Bindung,
- Bedürfnis nach seelischer und körperlicher Wertschätzung,
- Bedürfnis nach Anregung, Spiel und Leistung sowie
- Bedürfnis nach Selbstverwirklichung.

Für einen gesundheitlichen Bezug der Formulierung „*Wohl des Kindes*“ im Sinne eines umfassenden Verständnisses von Gesundheit spricht, dass die Formulierung „*Wohl des Kindes*“ nicht nur im Kontext von Gefährdungssituationen (z.B. § 1 Abs. 3, Nr. 3, § 17 Abs. 1, Nr. 1, § 20 Abs. 1 Nr. 2 SGB VIII), sondern auch im Kontext von Fragen des Zusammenwirkens von Fachkräften mit den Eltern (§ 22 Abs. 3 SGB VIII) oder der Sicherstellung von Förderung (z.B. § 23 Abs. 3 SGB VIII) verwendet wird.

Dennoch bleibt festzuhalten, dass das SGB VIII die Förderung und Erhaltung von körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden im Sinne von „Gesundheit“ nicht ausdrücklich und nicht an prominenter Stelle in den Leitgesichtspunkten des SGB VIII verankert hat. Rothenburg (2001, S. 322) stellt fest: „Bei der vorrangigen Ziel- und Aufgabenbestimmung, die Erziehungsfähigkeit der Familie bzw. der (Ein-)Eltern zu unterstützen und (wieder-)herzustellen, wurde nicht ausreichend berücksichtigt, dass wesentliche Ressourcen für die Erziehungsfähigkeit in der Familie in der Gesundheit und im Wohlergehen ihrer Mitglieder zu suchen sind beziehungsweise wesentliche Beeinträchtigungen der Erziehungsfähigkeit oftmals auf gesundheitliche Störungen in der Familie zurückgehen“ (vgl. auch Schlack 2000, S. 94 f).

9.2 Präventionsorientierte gesetzliche Regelungen

Das Präventionsverständnis der Autoren der juristischen Expertise lehnt an medizinische und gesundheitserzieherische Denktraditionen an und verknüpft diese mit einer ordnungsrechtlichen Begrifflichkeit, die in den Sozialwissenschaften und der Sozialpädagogik nicht mehr unumstritten Akzeptanz findet. Dem zugrunde gelegten Präventionsverständnis entsprechend beruhen die „aufzufindenden und darzustellenden Regelungen auf Erfahrungen dergestalt, dass diagnostizierte Beeinträchtigungen der Gesundheit mit einer gewissen Sicherheit als vermeidbar erkannt worden sind; damit gehen diese Normen von der Annahme aus, dass ein gesundheitliches Schadensereignis prognostizierbar ist und dass geeignete Mittel zur Vermeidung derartiger, gleichsam mit naturwissenschaftlicher und/oder sozialwissenschaftlicher Gesetzmäßigkeit eintretender Beeinträchtigungen zur Verfügung stehen“ (Seewald, Leube 2002, S. 20). Folglich steht das Auffinden und das Eliminieren von Risikofaktoren, die Steuerung des Verhaltens von Menschen im Vordergrund der Überlegungen. Dieses eingeschränkte Präventionsverständnis scheint jedoch weder den präventiven Zielsetzungen des SGB VIII noch den verschiedenen nebeneinander her existierenden Präventionskonzepten in der Kinder- und Jugendhilfe zu entsprechen.

Im Sinne eines übergreifenderen Konzeptes der Prävention und Gesundheitsförderung müssen deshalb über die von Seewald und Leube (2002) identifizierten rechtlichen Regelungen hinaus weitere als präventionsrelevant betrachtet werden. Eine Übersicht über die präventiven rechtlichen Regelungen in der Kinder- und Jugendhilfe gibt die Tabelle 9-1. Rechtliche Regelungen mit einem hohen, insbesondere gesundheitspräventiven Potenzial sind besonders hervorgehoben (Schraffur).

Tabelle 9-1: Regelungen in der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) mit Bezug zur Prävention im engeren (schraffiert) und weiteren Sinn

Allgemeine Vorschriften		
§ 1	Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe	Grundziele der Jugendhilfe: Entwicklung und Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit, Vermeidung von Benachteiligung, Beratung und Unterstützung von Eltern, Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohl, Schaffung positiver Lebensbedingungen, kinder- und familienfreundliche Umwelt.
§ 2	Aufgaben der Jugendhilfe	Auflistung der Leistungen zur Jugendarbeit, zum -schutz, Förderung der Erziehung in der Familie, Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen, Hilfe zur Erziehung und ~ für junge Erwachsene, Inobhutnahme, Herausnahme, Erteilung von Pflegeurlaub, Betrieb einer Einrichtung.
Leistungen		
§ 11	Jugendarbeit	Bereitstellung von Jugendarbeit zur Förderung der Selbstbestimmung und sozialem Engagement. Schwerpunkte: außerschulische Jugendbildung u.a. gesundheitliche, soziale, politische Bildung, Sport, arbeitsweltbezogene und internationale Jugendarbeit, Kinder- und Jugendbildung, Jugendberatung.
§ 13	Jugendsozialarbeit	Angebot sozialpädagogischer Hilfen für junge Menschen zum Ausgleich sozialer Benachteiligungen oder zur Überwindung individueller Beeinträchtigungen, um die schulische und berufliche Ausbildung sowie die berufliche und soziale Integration zu fördern. Möglichkeit sozialpädagogisch begleiteter Wohnformen. Abstimmung der Angebote mit der Schulverwaltung, der Bundesanstalt für Arbeit, Ausbildungs- und Beschäftigungsträgern.

§ 14	Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz	Informations- und Aufklärungsangebote für Erziehungsberechtigte und junge Menschen zum Schutz vor gefährdenden Einflüssen und Befähigung zur Kritikfähigkeit.
§ 16	Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie	Angebote der Familienbildung, der Beratung und Familienfreizeiten sollen die Erziehungsverantwortung der Eltern fördern und helfen Konfliktsituationen in der Familie gewaltfrei zu lösen. Inhalt und Umfang regelt das Landesrecht.
§ 17	Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung	Anspruch der Eltern auf Beratung in Fragen zur Partnerschaft (Zusammenleben, Konfliktlösung, Wahrnehmung der Elternverantwortung bei Trennung bzw. Scheidung).
§ 19	Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder	Betreuung von Schwangeren bzw. Müttern/Vätern in einer geeigneten Wohnform, die aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung Unterstützung bei der Pflege und Erziehung des Kindes bedürfen. Ziel: Beginn oder Fortführung einer schulischen oder beruflichen Ausbildung oder Berufstätigkeit. Leistung schließt Unterhalt und Krankenhilfe ein.
§ 20	Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen	Unterstützung eines Elternteils bei z.B. gesundheitsbedingtem Ausfall des anderen Elternteils, wenn Betreuung und Versorgung nicht hinreichend gewährleistet werden kann.
§ 21	Unterstützung bei notwendiger Unterbringung zur Erfüllung der Schulpflicht	Anspruch auf Beratung und Unterstützung bei Nichterfüllung der Schulpflicht durch ständigen Ortswechsel der Personensorgeberechtigten.
§ 22	Grundsätze der Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen	Aufgabe der Betreuung, Bildung und Erziehung des Kindes entsprechend den Bedürfnissen der Kinder und ihrer Familien in Kindergärten, Horten und (Ganz-)Tageseinrichtungen.
§ 23	Tagespflege	Betreuung eines Kindes in den ersten Lebensjahren ganztags oder einen Teil des Tages durch Tagespflegeperson. Anspruch auf Beratung der Tagespflegeperson und der Personensorgeberechtigten. Ersatz der Aufwendungen und Erziehungskosten.
§ 27	Hilfe zur Erziehung	Anspruch der Personensorgeberechtigten auf Hilfe zur Erziehung, insbes. pädagogische und therapeutische Leistungen.
§ 28	Erziehungsberatung	Unterstützung der Kinder, Jugendlichen, Eltern bei familienbezogenen Problemen unter Einbezug des sozialen Umfeldes.
§ 29	Soziale Gruppenarbeit	Hilfe für ältere Kinder und Jugendliche zur Überwindung von Entwicklungsschwierigkeiten und Verhaltensproblemen durch soziales Lernen.
§ 30	Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer	Unterstützung und Förderung der Verselbständigung durch Erziehungsbeistand bzw. Betreuungshelfer.
§ 31	Sozialpädagogische Familienhilfe	Intensive Betreuung und Begleitung von Familien zur Bewältigung von Alltagsproblemen, Unterstützung des Kontakts mit Ämtern, Hilfe zur Selbsthilfe.
§ 32	Erziehung in einer Tagesgruppe	Unterstützung der Entwicklung durch soziales Lernen, schulische Unterstützung zur Sicherung des Verbleibs des Kinder/Jugendlichen in der Familie.
§ 33	Vollzeitpflege	Möglichkeit einer zeitlich befristeten oder dauerhaften Erziehungshilfe in einer anderen Familie.
§ 34	Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform	Förderung der Entwicklung durch Verbindung von Alltagserleben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten in Tag- und Nacht-Einrichtungen.
§ 35	Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung	Sozialpädagogische Einzelbetreuung zur intensiven Unterstützung von Jugendlichen zur sozialen Integration für längere Zeit.
§ 35a	Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche	Bei Abweichung der seelischen Gesundheit von sechs Monaten gegenüber dem für das jeweilige Lebensalter typischen Zustand und dadurch beeinträchtigter Teilhabe am Leben haben Kinder/Jugendliche Anspruch auf Eingliederungshilfe (ambulant, teil-/stationär, Pflegeperson).
§ 36	Mitwirkung, Hilfeplan	Beratung der Kinder/Jugendlichen und Personensorgeberechtigten über Art, Umfang und Folgen möglicher Hilfen. Entscheidung soll mit mehreren Fachkräften getroffen werden. Aufstellung eines Hilfeplans über den Bedarf, die Leistungen, regelmäßige Überprüfung und Anpassung.
§ 40	Krankenhilfe	Leistung der Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung.
§ 41	Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung	Bei notwendiger Hilfe zur eigenverantwortlichen Lebensführung kann diese über das 21. Lebensjahr hinaus gewährt werden.

Andere Aufgaben der Jugendhilfe		
§ 42	Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen	Inobhutnahme von Kindern/Jugendlichen auf deren Bitten. Vorläufige Unterbringung bei geeigneten Personen bzw. Einrichtungen, wenn das Wohl des Kindes gefährdet ist.
§ 43	Herausnahme des Kindes oder des Jugendlichen ohne Zustimmung des Personensorgeberechtigten	Möglichkeit des Jugendamtes, Kinder/Jugendliche bei Personen oder Einrichtungen gegen den Willen der Personensorgeberechtigten herauszunehmen.
§ 44	Pflegeerlaubnis	Regelung der Erlaubnis zur Übernahme von Pflege von Kindern/Jugendlichen
§ 45	Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung	Regelung der Erlaubnis.
§ 50	Mitwirkung in Verfahren vor den Vormundschafts- und den Familiengerichten	Pflicht des Jugendamtes zur Unterstützung der Vormundschafts- und Familiengerichte insbesondere durch Information.
Andere Aufgaben der Jugendhilfe, Zusammenarbeit, Zuständigkeit		
§ 71	Jugendhilfeausschuss, Landesjugendhilfeausschuss	Zusammensetzung der Ausschüsse (3/5 Träger der öffentlichen Jugendhilfe, 2/5 Träger der freien Jugendhilfe). Definition der Aufgaben: Analyse der Problemlagen und Weiterentwicklung der Jugendhilfe, Jugendhilfeplanung, freie Jugendhilfe.
§ 72	Mitarbeiter, Fortbildung	Qualifikation als Voraussetzung zur Tätigkeit, Sicherstellung von Fortbildungen, Pflicht zum Zusammenwirken von Fachkräften verschiedener Fachrichtungen.
§ 78	Arbeitsgemeinschaften	Pflicht der Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Arbeitsgemeinschaften mit den Trägern der freien Jugendhilfe und den ~ geförderter Maßnahmen zur Abstimmung und Ergänzung der geplanten Maßnahmen zu bilden.
§ 80	Jugendhilfeplanung	Aufgaben der öffentlichen Jugendhilfe: u.a. Feststellung des Bedarfs und der Bedürfnisse, Planung abgestimmter, wirksamer Einrichtungen und Dienste.
§ 81	Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen	Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen mit allen Einrichtungen, die Lebenssituationen junger Menschen und Familien betreffen, zusammenarbeiten: Schulen und Stellen der Schulverwaltung, Einrichtungen der beruflichen Aus- und Weiterbildung, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie sonstigen Einrichtungen des Gesundheitsdienstes, die Bundesanstalt für Arbeit, die Träger anderer Sozialleistungen, die Gewerbeaufsicht, die Polizei- und Ordnungsbehörden, die Justizvollzugsbehörden sowie Einrichtungen der Ausbildung für Fachkräfte, der Weiterbildung und der Forschung.
§ 84	Jugendbericht	In jeder Legislaturperiode legt die Bundesregierung einen Bericht zur Bestandsaufnahme, Analyse und Weiterentwicklung der Jugendhilfe vor.
§ 85	Sachliche Zuständigkeit	U.a. Zuständigkeit des überörtlichen Trägers zur Förderung der Zusammenarbeit, Förderung und Durchführung von Modellvorhaben, Beratung von Trägern während der Planung, Fortbildung.
Kinder- und Jugendhilfestatistik		
§ 98	Zweck und Umfang der Erhebung	Pflicht zur Durchführung laufender Erhebungen u.a. zu Empfängern von Hilfen, Kindern und Jugendlichen, zu deren Schutz Maßnahmen getroffen worden sind, Angebote der Jugendarbeit.

9.3 Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe

Kinder- und Jugendhilfe ist traditionell eine kommunale Aufgabe, die von den Jugendämtern der Kreise und kreisfreien Städte in Zusammenarbeit mit den Verbänden und nichtstaatlichen Organisationen (Träger der freien Jugendhilfe wie z.B. Vereine, Selbsthilfegruppen, kirchliche sowie bundesweit organisierten Jugend- und Wohlfahrtsverbände) wahrgenommen wird. Derzeit bestehen 608 kommunale und Bezirksjugendämter. Den 18 Landesjugendämtern kommt eine eher koordinierende und

planende Funktion zu. Sie sind in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (BAGLJÄ, www.bagljae.de) zusammengefasst mit dem Ziel, gemeinsame Verfahrensweisen und Grundsätze in der Jugendhilfe in Deutschland zu entwickeln.

In Deutschland bestehen derzeit 18 Landesjugendämter und 608 kommunale und Bezirksjugendämter.

1998 waren über 31.500 Einrichtungen in Deutschland (davon 23.306 freie Träger) und fast 200.000 Personen mit den verschiedenen Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe betraut (Statistisches Bundesamt 2001a). Der weitaus größte Bereich ist die Betreuung von Kindern in Kinderkrippen, -gärten, Horten und Tageseinrichtungen, die zu 41,7 % von öffentlichen Trägern wahrgenommen wird. Nach dem 5. Lebensjahr besuchen über drei Viertel der Kinder diese Einrichtungen (5-8 Jahre im Jahr 2000: 89 %, 3-4 Jahre: 56 %, < 3 Jahre: 10 %). Aufgrund dieser hohen Inanspruchnahme sollte ihnen im Rahmen der Gesundheitsprävention im Kindesalter eine besondere Aufgabe zukommen (zur Umsetzung s. Kap. 9.5).

Die derzeitige Bedeutung der einzelnen Bereiche spiegelt sich auch in den Ausgaben wider (s. Abb. 9-1), von denen über zwei Drittel von öffentlichen Trägern getragen werden.

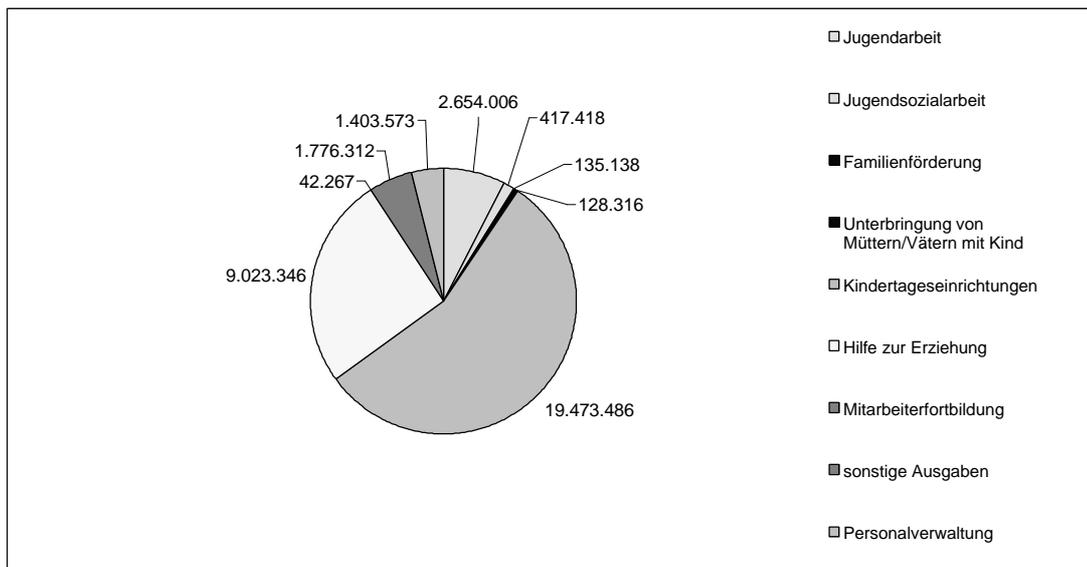


Abb. 9-1: Ausgaben für die Kinder- und Jugendhilfe nach Leistungsbereichen 1999 (Statistisches Bundesamt 2001a)

Einen Überblick über die Aufgabenbereiche der Kinder- und Jugendhilfe sowie über die Strukturen und Kooperationen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene gibt die Abbildung 9-2.

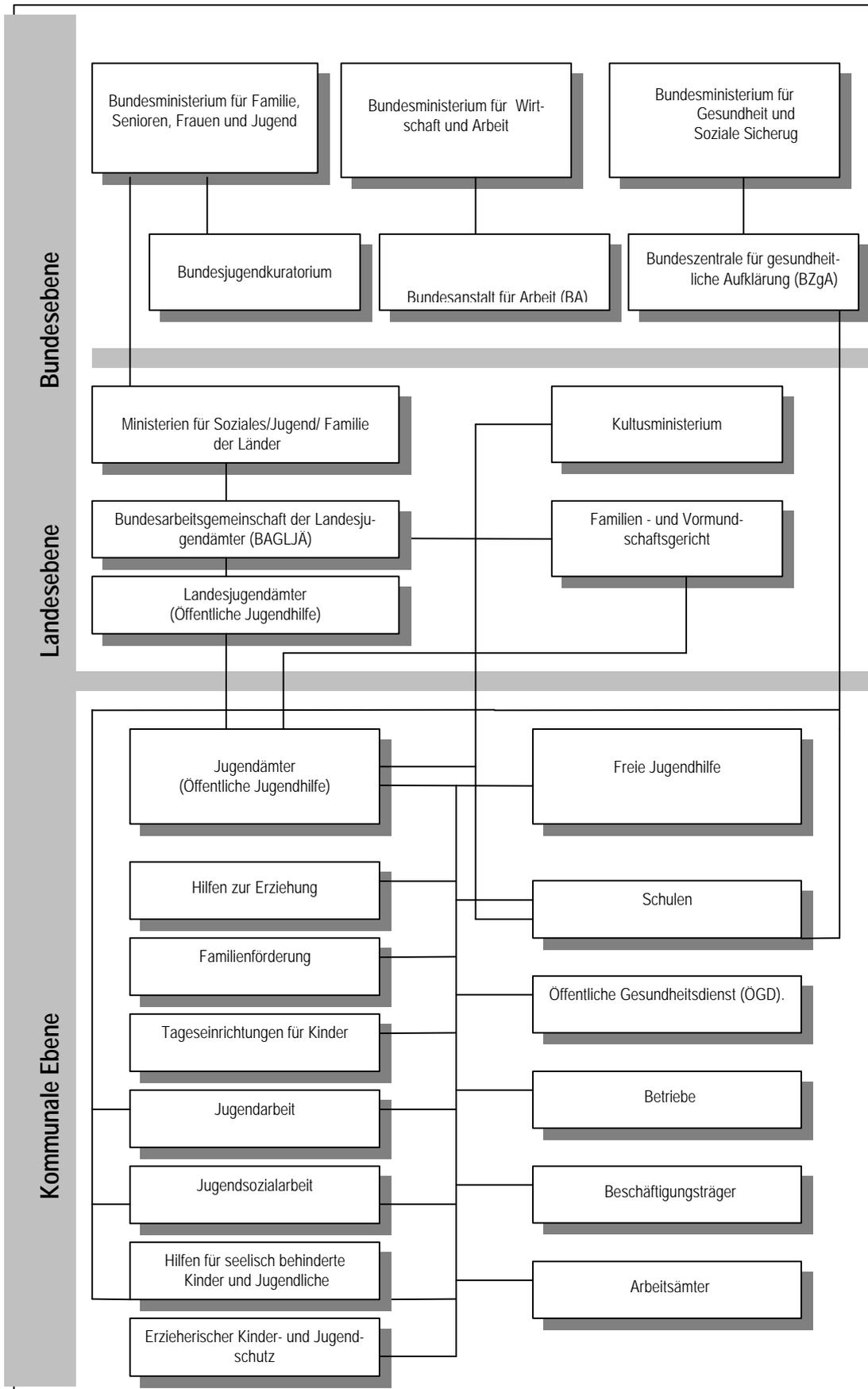


Abb. 9-2: Strukturen in der Kinder- und Jugendhilfe (vereinfachte Darstellung)

Bestehende Forschungsvorhaben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, 2002b) fokussieren vor allem sozial benachteiligte und delinquente Kinder und Jugendliche. Hervorzuheben ist das Modellprogramm „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“, das an 80 Standorten u.a. in Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeit durchgeführt wird. Einen Schwerpunkt bildet die Wahrnehmung eines freiwilligen sozialen Trainingsjahres mit dem Ziel die Chancen für eine soziale und berufliche Integration der Jugendlichen zu verbessern.

9.4 Kooperationen

Die Kinder- und Jugendhilfe ist aufgefordert mit zahlreichen Einrichtungen zu kooperieren. Inwieweit diese umgesetzt werden, wird nachfolgend beschrieben.

9.4.1 Verpflichtungen zur Kooperation

Die öffentliche Jugendhilfe ist aufgefordert mit der freien Jugendhilfe partnerschaftlich zusammenzuarbeiten, diese zu fördern und die verschiedenen Formen der Selbsthilfe zu stärken (§ 4 SGB VIII).

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen mit allen Einrichtungen, die Lebenssituationen junger Menschen und Familien betreffen, zusammenarbeiten. Der § 81 SGB VIII listet hierzu dezidiert auf Schulen und Stellen der Schulverwaltung, Einrichtungen der beruflichen Aus- und Weiterbildung, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie sonstigen Einrichtungen des Gesundheitsdienstes, die Bundesanstalt für Arbeit, die Träger anderer Sozialleistungen, die Gewerbeaufsicht, die Polizei- und Ordnungsbehörden, die Justizvollzugsbehörden sowie Einrichtungen der Ausbildung für Fachkräfte, der Weiterbildung und der Forschung. Hinzu kommen Kooperationen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie (§ 35a SGB VIII).

9.4.2 Kooperationen mit der gesetzlichen Krankenversicherung und der Selbsthilfe

Kooperationen mit der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen derzeit nicht. Prinzipiell könnten – insbesondere im Hinblick auf den § 20 SGB V und dem dort formulierten Ziel der Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit (s. Kap. 3) – die Krankenkassen ein wichtiger Partner für die Zielgruppe der benachteiligten Kinder und Jugendlichen sein. Dies würde allerdings eine Arbeit an der Basis und „im Verborgenen“ erfordern und wenig publikumswirksam sein.

Auch zu Selbsthilfegruppen bestehen keine festen Kooperationen. Lediglich hinsichtlich behinderter Kinder (§ 35a) bestehen hinsichtlich Förderungsmöglichkeiten oder Betreuungsangeboten sporadische Kontakte zu Selbsthilfegruppen, z.B. bei Kindern mit Lese- und Rechtschreibschwächen.

9.4.3 Kooperationen mit Schulen

Kinder- und Jugendhilfe sollte die Aufgabe haben, daran mitzuwirken, die Perspektive der Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule zu stärken, d.h. zum Ziel einer gesundheitsfördernden Schule beizutragen (zur Prävention/Gesundheitsförderung in der Schule s. Kap. 12). Bislang bestehen jedoch weder auf Seiten der Kinder- und Jugendhilfe, noch auf Seiten der Schule konkrete Vorstellungen über eine Zusammenarbeit; entsprechend wurden bislang keine gemeinsam getragenen Ziele der Zusammenarbeit definiert.

Aus Sicht der Kinder- und Jugendhilfe stellt die Schule keinen einfachen Kooperationspartner dar. Als Barrieren werden vor allem Befürchtungen der Schule genannt, ihren guten Ruf zu verlieren und Ängste der Lehrer Probleme einzugestehen. Zwar gibt es seit den 70er Jahren Bemühungen um Kooperation, doch gehen diese sehr viel stärker von der Kinder- und Jugendhilfe aus als von der Schule. Seit Beginn der 90er Jahre ist jedoch vor allem in sozial belasteten Bereichen unter dem Eindruck von zunehmenden Problemen (Verhaltensauffälligkeiten, Schulverweigerung, Gewalttätigkeit) eine vermehrte Kontaktaufnahme der Schule zur Kinder- und Jugendhilfe zu beobachten – allerdings meist erst dann, wenn sich die Probleme massiv zugespitzt haben. Hier bedarf es der Schaffung eines Bewusstseins für Entstehungszusammenhänge und Mechanismen der Verstärkung entsprechender Verhaltensweisen, dem Aufzeigen von Kooperationsmöglichkeiten und der Entwicklung von Lösungsansätzen in der Aus- und Weiterbildung von Lehrern.

Die Perspektive einer gesundheitsförderlichen Schule kann im Rahmen von Schulsozialarbeit durch sozialpädagogische Methoden der Jugendarbeit sowie einem Hineinwirken in den Freizeitbereich in der Schule verstärkt werden. Der Blick auf den Körper – und damit auf Ernähren, Essen und Bewegen wird derzeit sowohl von der Schule als auch von der Kinder- und Jugendhilfe weitgehend vernachlässigt (Homfeldt, Schulze-Krüdener 2001, S. 23). Projekte im Handlungsfeld Schulsozialarbeit, die auch gesundheitsbezogene Ziele verfolgen, entstehen beispielsweise im Rahmen eines Modellprogrammes des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Armutsprävention, u.a. durchgeführt von IN VIA Katholische Mädchensozialarbeit (Hüser-Wesemann 2002, S. 144 ff.), die sich auf die Kompetenzförderung im Umgang mit Geld, in Bezug auf Konsumverhalten und Essgewohnheiten beziehen.

9.4.4 Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst

Das SGB VIII legt in § 81 fest, dass die Kinder- und Jugendhilfe verpflichtet ist, mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst zu kooperieren – eine der wenigen Zusammenhänge, in denen das SGB VIII die Aufgabe, Gesundheit zu fördern, konkret benennt. Der öffentliche Gesundheitsdienst übernimmt u.a. Aufgaben der Hygieneüberwachung und Überprüfung der Schadstoffbelastung. Besonders wichtig erscheint die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern bei Fragen des präventiven Kinder- und

Jugendschutzes. Eine vergleichbare rechtliche Regelung müsste andererseits auch für die Seite des Öffentlichen Gesundheitsdienstes festgeschrieben werden.

Für die Kinder- und Jugendhilfe liegt in der Kooperation mit gesundheitsbezogenen Institutionen die Möglichkeit, sowohl Einfluss auf das Gesundheitskonzept zu nehmen als auch, angesichts der Begrenztheit eigener finanzieller Ressourcen, Synergieeffekte zu erzeugen. Rothenburg (2001, S. 327) schlägt vor, unter der gemeinsamen Zielsetzung der Gesundheitsförderung spezielle Angebote kooperativ zu erstellen, „die Kinder, Jugendliche und deren Familien erreichen, wie zum Beispiel Mütterberatung, Schulgesundheitspflege und Kinder- und Jugendberufshilfe“. Gerade für schwer zugängliche Zielgruppen verhaltensauffälliger und gesundheitsbelasteter Kinder und Jugendlicher sowie deren Eltern könnten in Zusammenarbeit mit dem ÖGD eine präventive Versorgung ermöglicht werden.

Derzeit nehmen jedoch weder die Gesundheitsdienste die Kinder- und Jugendhilfe als Kooperationspartner richtig wahr, noch fühlt sich die Kinder- und Jugendhilfe ausreichend aufgerufen, auf diese Institutionen mit spezifischen Kooperationsangeboten zuzugehen. Vielfach ist unbekannt, was die jeweiligen Einrichtungen machen.

9.4.5 Kooperationen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie ist trotz der Fortschritte, die in dieser Beziehung erzielt werden konnten, aus Sicht der Kinder- und Jugendhilfe noch immer schwierig. Dabei handelt es sich um ein in besonderer Weise auf Gesundheit und gesundheitliche Störungen bezogenes Kooperationsfeld, in dem die Mitwirkung der Kinder- und Jugendhilfe sich besonders segensreich auswirken kann, wenn es zu produktiven Formen der Zusammenarbeit kommt. Doch ist die Kinder- und Jugendhilfe auch auf systemübergreifende Kooperation angewiesen, weil sie die Komplexität problemverursachender Faktoren bei Gesundheitsstörungen nicht alleine auf der Basis eigener fachbezogener Kompetenzen bewältigen kann (Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 230).

Schwierigkeiten in der Kooperation werden in unterschiedlichen Sichtweisen hinsichtlich Erziehungsbedürftigkeit und Krankheit gesehen und hierdurch entstehender Differenzen bezüglich Zuständigkeit und Definitionsmacht. Sowohl die Bestimmungen zum Hilfeplan (§ 36 SGB VIII) als auch der § 35 a SGB VIII schreiben die Verpflichtung der Kinder- und Jugendhilfe zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie fest. Durch veränderte Kommunikationsstile und den verbesserten Austausch über bestehende Differenzen (Aufgabe der Betonung der individuellen Disposition auf der einen Seite, Anerkennung anlagebedingter Faktoren neben den Faktoren belastender Lebensbedingungen auf der anderen Seite) würden sich Chancen eröffnen, das Konzept der Gesundheitsförderung zum „verbindenden Element“ zu machen und für die Zusammenarbeit zu nutzen.

Insbesondere in der intensiven Zusammenarbeit zwischen dem Allgemeinen Sozialdienst (ASD) des Jugendamtes und dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD), der sich im Gegensatz zum Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) auf das Klientel der Minderjährigen und deren Familien konzentriert, liegen Möglichkeiten, unter Einbeziehung der Fachkompetenz der Kinder- und Jugendpsychiatrie frühzeitige Hilfen anzubieten, die auch den Gedanken der Gesundheitsförderung berücksichtigen.

9.4.6 Kooperationen mit der Bundesanstalt für Arbeit, Ausbildungs- und Beschäftigungsträgern

Junge Menschen sollen zum Ausgleich sozialer Benachteiligungen oder zur Überwindung individueller Beeinträchtigungen sozialpädagogische Hilfen erhalten, um ihre schulische und berufliche Ausbildung sowie die berufliche und soziale Integration zu fördern. Die Angebote sollen mit der Bundesanstalt für Arbeit sowie den Trägern (außer-)betrieblicher Ausbildung und den Trägern von Beschäftigungsangeboten abgestimmt werden (§ 13 SGB VIII, Jugendsozialarbeit). Eine entsprechender Kooperationshinweis ist im SGB III Arbeitsförderung (§ 246a SGB III, ab 2004) nur implizit verankert. Kooperationen kämen vor dem Hintergrund der beruflichen Integration, einer den Bedürfnissen und der (gesundheitlichen) Leistungsfähigkeit entsprechenden beruflichen Tätigkeit und der Vermeidung von Jugendarbeitslosigkeit im Sinne einer möglichst optimalen Förderung Bedeutung zu.

Kooperationen der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der (marginalisierten, s. Kap. 9.5.3) Jugendsozialarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeit, Ausbildungs- und Beschäftigungsträgern sind nicht flächendeckend.

9.4.7 Kooperationen mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die einen ihrer Schwerpunkte in der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen hat, wirkt mit ihren zahlreichen Informationsbroschüren für Eltern und Multiplikatoren sowie Kampagnen in die Kinder- und Jugendhilfe hinein.

Versuche gesundheitsbezogene Ansätze über ein Fortbildungskonzept in den Bereich der Kindertagesstätten hineinzutragen und dort zu verankern scheiterten jedoch aufgrund der Heterogenität der Anbieter und ihrer unterschiedlichen „Philosophien“ und der Vielzahl anderweitiger Interessen.

Die derzeit laufende Kampagne „Kinder stark machen“ ist mit der Zusammenarbeit mit Sportverbänden vor allem im Freizeitbereich angesiedelt, weniger im Gesundheits- und Sozialsystem.

9.4.8 Zusammenarbeit zwischen dem Sozial- und Gesundheitsbereich

Als Hemmnis für Kooperationen auf lokaler Ebene werden um das ähnliche Klientel und Ressourcen konkurrierende Einrichtungen gesehen. Besonders unzureichend ist die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen des Sozial- und des Gesundheitsbereichs.

Kooperationen werden von den Professionellen vor allem als Zusammenarbeit mit der eigenen Berufsgruppe im eigenen Arbeitssektor gesehen. Kooperationen zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialsektor sind eher selten und fast ausschließlich im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes anzutreffen. Interviews mit Professionellen (n=41) zeigen, dass sich vor allem der Umgang mit der „benachteiligten Klientel“ auch auf die Professionellen überträgt (Waller et al. 2001, S. 51), d.h. Sozialarbeiter leiden unter der „Gleichstellung“ mit ihren Klienten, insbesondere im Umgang mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen haben sie den Eindruck, dass ihnen wenig Respekt entgegengebracht wird.

Als förderlich für Kooperationen wirkt die Durchführung gemeinsamer Projekte. Grundlagen sind sowohl Sympathie als auch das gemeinsame Interesse an einem Thema. Hemmende Faktoren für Kooperationen sind wahrgenommener Zeitmangel und Arbeitsbelastung, ein fehlendes Problembewusstsein, hierarchische Strukturen mit wenig Entscheidungsspielraum, Konkurrenzdenken sowie Vorurteile. Als hemmend werden von den Professionellen auch Gesetzgebungsverfahren, Verwaltungshoheiten und unterschiedliche Regelungen der Ämter genannt. Hinderlich beim Aufbau von Kooperationsstrukturen sind auch häufig wechselnde Ansprechpartner. Ebenso wirkt sich eine fehlende Zielbestimmung der Organisation demotivierend aus (Waller et al. 2001).

Analog zur Zusammenfassung der Arbeits- und Sozialämtern (s. Kap. 2) sollte für die Zielgruppe der Kinder- und Jugendliche überlegt werden, ob eine Zusammenfassung verschiedener Ämter sinnvoll ist.

9.5 Umsetzung gesundheitsbezogener präventionsbezogener rechtlicher Regelungen

Im Zentrum der Darstellung der Umsetzung präventionsbezogener rechtlicher Regelungen stehen – nach einem generellen Votum für eine stärkere Berücksichtigung der Gesundheit in der Kinder- und Jugendhilfe – vor allem jene Bereiche, in denen ein besonderer Bedarf zur Ausgestaltung der gesundheitsfördernden Aufgaben gesehen wird.

9.5.1 Förderung der Gesundheit als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe – Elfter Kinder- und Jugendbericht

Nach § 84 SGB VIII muss die Bundesregierung in jeder Legislaturperiode einen Bericht zur Bestandsaufnahme, Analyse und Weiterentwicklung der Jugendhilfe vorlegen. Der Elfte Kinder- und Jugendbericht ist der erste, der das Thema Gesundheit (und Behinderung) von Kindern und Jugendlichen ausdrücklich und in einem eigenständigen Kapitel unter der Überschrift „Körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden“ angesprochen hat (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, Kap. IX, S. 218 ff).

In dem Vorgehen der Sachverständigenkommission Elfter Kinder- und Jugendbericht drückt sich die in den letzten Jahren vermehrte Aufmerksamkeit für die Gesundheit und die gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen aus. Insbesondere dem Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, gesundheitlichen Risiken und den sozioökonomischen Bedingungen der Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen geht der Elfte Kinder- und Jugendbericht nach (Kap. IX, S. 218 ff. und im Rahmen von Kap. III Sozioökonomische Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen, S. 137 ff.). Die Kommission konstatiert aufgrund ihrer Analyse, „dass Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen auch in der wohlhabenden Bundesrepublik Deutschland in vielerlei Beziehungen eingeschränkt ist, insbesondere durch chronische Krankheiten, Behinderung, Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch sowie durch den Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 226). Es wird betont, dass Familien aus sozial benachteiligten Lagen der gezielten Unterstützung bedürfen, dass aber auch die Bildungsinstitutionen, allen voran die Schule, sich ändern und zu gesundheitsfördernden Einrichtungen entwickeln müssen. Dem entsprechend deutlich stellt der Elfte Kinder- und Jugendbericht fest: „Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) hat kein Verhältnis zur Gesundheit. Die Förderung der Gesundheit gehört nach § 2 nicht ausdrücklich zu den Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe; nur die Hilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche ist nach § 2 Abs. 2 Nr. 5 Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 226). Die Sachverständigenkommission empfiehlt deshalb eine „Neuorientierung des KJHG im Sinn einer stärkeren Einbeziehung der Gesundheitsförderung und im Sinne der so genannten „großen Lösung“ der Integration behinderter Kinder und Jugendlicher“ (ebd., S. 227). Unter der „großen Lösung“ ist die Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe für alle behinderten Kinder und Jugendlichen unabhängig von der Behinderungsform zu verstehen, d.h. die Ausdehnung des § 35 a SGB VIII auf alle behinderten Kinder und Jugendlichen.¹

Die derzeitige Überstrapazierung der finanziellen Möglichkeiten für Maßnahmen zur Eingliederung seelisch Behinderter nach dem § 35 a SGB VIII, um mit Hilfe dieses

¹ Dieser Vorschlag wurde sowohl von den Eltern als auch den Behindertenverbänden abgelehnt. Hilfen für Körperbehinderte Kinder sind damit weiterhin der Bundessozialhilfe zugeordnet. Das Problem der doppelten Zuständigkeit bei Mehrfachbehinderung bleibt weiterhin bestehen.

Paragrafen die verschiedenen Problemgruppen: Jugendliche aus prekären familiären Verhältnissen, Jugendliche mit Schulproblemen und Teilleistungsstörungen und jugendliche Drogenabhängige aufzufangen, zeigt zudem eindrücklich, dass eine Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention auf breiterer Basis in verschiedenen Arbeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe notwendig ist. Die Kommission weist daraufhin, dass die bestehenden zahlreichen präventiven Regelungen, insbesondere im Bereich von Kinder- und Jugendschutz, Jugendarbeit, Familienförderung und institutionelle Kinderbetreuung sowie Hilfen zur Erziehung im Hinblick auf Gesundheitsförderung „ausbuchstabiert“ werden können, ohne dass es hierzu einer Gesetzesänderung bedürfe (S. 227ff.).

Die Bundesregierung geht in ihrer Stellungnahme zum Elften Kinder- und Jugendbericht davon aus, dass „die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (...) Teil der (elterlichen) Erziehungsverantwortung und damit gleichzeitig auch integrativer Bestandteil aller Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII“ sei, darüber hinaus gehöre die Förderung der Gesundheit bzw. die Aufklärung über Einflüsse, die die Gesundheit gefährden, zu den Aufgaben des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes nach § 14 SGB VIII“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 22). Für den Bereich der Hilfen zur Erziehung zeigt Rothenburg (2001, S. 326) auf, dass diese durch die mangelnde Aufmerksamkeit des SGB VIII für die Perspektive „Gesundheit“ von Seiten des Rechts keine ausdrückliche Unterstützung erfährt, sondern im wesentlichen über den Einsatz spezieller Methoden – zum Beispiel der systemischen Fallarbeit – zu einer ganzheitlichen Betrachtung der familiären Situation und damit der somato-psychosozialen Problemlagen gelangt.

Die Stellungnahme der Bundesregierung bestätigt die Sicht der Kommission, dass die Vielfältigkeit familialer Lebensformen heute dazu beiträgt, dass Familien ihre Aufgabe der Sozialisation der Kinder zunehmend nicht mehr alleine erfüllen können und dass viele Familien angesichts der Anforderungen, denen sie gerecht werden müssen, frühzeitig Unterstützung, Rat und Hilfe brauchen, daher sollten sie – vor dem Hintergrund der Schutz- und Förderpflicht des Artikels 6 des Grundgesetzes – auf ein solches Angebot zurückgreifen können (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 15). Der Bereich der Gesundheitsförderung wird indessen nicht in die Bereiche der Familienbildung, Familienerholung und Familienfreizeiten einbezogen und auch nicht als eine Aufgabe der Kindertagesbetreuung angesehen. Indem die Förderung der Gesundheit, soweit sie nicht ohnehin der Familie überlassen bleibt, im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe im wesentlichen den Hilfen zur Erziehung und dem Kinder- und Jugendschutz zugeschrieben wird, wird, wie es scheint, eine *Betonung* des staatlichen Wächteramtes gegenüber den Aspekten der Unterstützung und Förderung zum Ausdruck gebracht. Eine solche Sicht würde jedoch insofern zu kurz greifen als sozialepidemiologische Forschungsergebnisse aus den vergangenen Jahren vielfach und eindrucksvoll belegen, dass Gesundheitsbeeinträchtigungen, mangelndes Gesundheitsverhalten, psychische Störungen, chronische Erkrankungen und früher Tod (von Neugeborenen ebenso wie von Menschen in höherem Alter) in einem deutlichen Zusammenhang mit Schichtzugehörigkeit, geringer Bildung, mangelndem Einkommen, Arbeitslosigkeit, schlechten Wohnbedingungen stehen (Siegrist, Frübuß, Grebe 1997, Mielck 2000, Walper 1999) – Faktoren, die

auch die Erziehungsfähigkeit der Eltern maßgeblich mit beeinflussen. Viele Eltern und Erziehungsberechtigte sind aufgrund ihrer eigenen belasteten und sozioökonomisch benachteiligten Lebenslage sowie ihrer unterprivilegierten Bildungssituation nicht imstande, gesundheitsfördernde Ziele sowohl auf sich selbst als auch auf ihre Kinder bezogen in ausreichendem Maße zu verfolgen. Wenn die Verwirklichung oder zumindest die Annäherung an Chancengleichheit Ziel der Kinder- und Jugendhilfe sein soll, dann müsste sie die Aufgabe der Gesundheitsförderung stärker wahrnehmen als bisher, müsste sie Gesundheit in Arbeitsfeldern einführen, die bisher keinen expliziten Bezug zur Gesundheit hergestellt haben.

Die Bundesregierung stellt in ihrer Stellungnahme eine Überprüfung in Aussicht, ob die Aufgabe der Gesundheitsförderung stärker in der allgemeinen Zielbeschreibung der Kinder- und Jugendhilfe verankert werden könne (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 22).

Eine ausdrückliche Verankerung der gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung in § 1 SGB VIII erscheint sinnvoll und notwendig und entspräche den in § 1 SGB VIII zum Ausdruck gebrachten Grundzielen. § 1 Abs. 3 Nr. 1 (Förderung der individuellen und sozialen Entwicklung, Vermeidung und Abbau von Benachteiligungen), Abs. 3 Nr. 3 (Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen) und Abs. 3 Nr. 4 (Erhaltung und Schaffung von positiven Lebensbedingungen) beinhalten zwar Ziele, die auch dem Konzept der Gesundheitsförderung zugrunde liegen, sie sind jedoch nicht ausdrücklich festgeschrieben und damit nicht als grundlegende Perspektive der präventiven Regelungen des SGB VIII interpretierbar. Zumindest ist hier ein sehr breiter Interpretations- und Handlungsspielraum möglich, der auch die Vernachlässigung dieses Gesichtspunktes erlaubt.

9.5.2 Angebote zur Förderung der Erziehung in der Familie (§§ 16, 17, 28, 29, 31 und 35 SGB VIII)

Im Bereich der Förderung der Erziehung in der Familie jenseits eingetretener Gefährdungssituationen liegt ein großes, bisher wenig genutztes präventives Aufgabengebiet der Kinder- und Jugendhilfe begründet, dass sich auf die Gesundheitsförderung im Sinne der Förderung und Unterstützung familiärer Ressourcen erstreckt.

Die Aufgabe der Familie, die Erziehung der Kinder zu gewährleisten, ihnen Sinn zu vermitteln und emotionalen Rückhalt zu gewähren, ist schwieriger geworden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 57). Dauerhafte verlässliche Beziehungen, eingebunden in tragfähige soziale Netze sind daher angesichts differierender Wertvorstellungen und Normen, der zunehmenden Erfahrung von Flexibilisierung und Wandel der Lebensläufe der Eltern und unterschiedlicher Modelle zur Lebensführung für junge Menschen vielfach nicht oder nicht mehr ausreichend gegeben. Aufwachsen kann unter heutigen veränderten Rahmenbedingungen nicht der privaten (Erziehungs-)Verantwortung allein überlassen werden, sondern bedarf einer „sekundären Stabilisierung“ (Bundesministerium für Familie, Seni-

oren, Frauen und Jugend 2002, ebd.), um die jungen Menschen nicht mit den Schwierigkeiten einer modernen Lebensführung allein zu lassen.

Das SGB VIII räumt der Familie das Erziehungsprimat ein (Recht auf und Pflicht zur Erziehung der Kinder), während es aus der Verantwortung des Sozialstaates heraus notwendige präventive Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe ist, Eltern so zu unterstützen, dass sie ihre Erziehungsaufgabe zum Wohl der Kinder erfüllen können. Ohne ein entsprechendes flankierendes präventives Unterstützungsangebot sind vor allem kinderreiche Familien, Alleinerziehende und Migrantenfamilien, also die sozioökonomisch Schwachen in problematischen Lebenslagen, sowohl gesundheitlich als auch sozial in der Gefahr, ausgegrenzt zu werden, eine schlechtere Gesundheit und Lebensqualität sowie eine geringere Lebenserwartung zu haben.

Familienbildungsstätten verfügen über Möglichkeiten, Eltern/Erziehungsberechtigte in ihrer Erziehungsfähigkeit zu stärken, indem sie diese darin zusätzlich unterstützen, Wissen zu erwerben, Zusammenhänge zu begreifen, Handlungsprobleme artikulieren zu können. Dies kann nicht nur die Stärkung der eigenen Kontrollüberzeugung, sondern auch des Bewusstseins bewirken, den eigenen Kindern Partner in der Auseinandersetzung mit Normen, Werten und lebensstilbezogenen Fragen sein zu können und zu müssen. Darüber hinaus werden Eltern/Erziehungsberechtigte durch Angebote auch darin bestärkt, die eigene Gesundheit als Ressource zur Bewältigung von Alltag zu erfahren, das Gesundheitsverhalten zu reflektieren und ein partnerschaftlicher Gesprächspartner im Hinblick auf gesundheitsriskante Verhaltensweisen ihrer Kinder zu sein (Medikamentengebrauch, allgemeines Konsumverhalten, Drogenkonsum, Essgewohnheiten; vgl. u.a. Eickhoff und Zinnecker 2000).

Auch *Familienfreizeiten* und *Angebote zur Familienerholung* (§ 16 SGB VIII) sind geeignete Orte, Ziele der Gesundheitsförderung verstärkt zu verfolgen. Sie haben über den Bildungswert und den Erholungswert hinaus den strukturellen Effekt, Eltern aus der Isolation ihrer Lebensführung bzw. der individualisierten Problembearbeitung herauszuführen, Beratungsangebote bekannt zu machen und den Zugang zu ihnen zu erleichtern sowie zu Selbsthilfeaktivitäten anzuregen.

Erziehungsberatung, Trennungs- und Scheidungsberatung (§ 17 SGB VIII) sind Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe, die Familien in Belastungs- und Krisensituationen zur Verfügung stehen. Zugespitzte Familiensituationen, Beziehungskrisen der Eltern, Auseinanderbrechen der Familie gehen immer auch mit gesundheitlichen Belastungen der Beteiligten, insbesondere der Kinder einher, die oftmals aber noch so klein sind, dass sie ihre Beschwerden kaum verbal äußern können oder aber über Krankheit sowie depressives oder aggressives, trotziges Verhalten zum Ausdruck bringen, was von vielen Eltern bzw. Müttern nicht angemessen verstanden und beantwortet werden kann. Im Bereich der Beratung im Falle von kritischen Lebensereignissen und schwierigen Lebenssituationen liegt ein großer gesundheitsfördernder Aufgabenbereich, der bislang noch nicht entsprechend wahrgenommen wird. Hierdurch können bei Eltern und ihre Kinder außer Problemlösungskompetenzen auch Kompetenzen zu einem selbstfürsorglichen Umgang gefördert werden, die die Chancen auf einen Gesundheitsrisiken reduzierenden Lebensstil vergrößern. Um das Po-

tenzial auch im Hinblick auf frühzeitige Beratung stärker zu nutzen, auch ist ein verändertes und nach außen kommuniziertes Konzept erforderlich, um die derzeit bestehenden eher negativen Assoziationen überwinden hilft.

Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) (§ 31 SGB VIII) setzt dort ein, wo Familien bereits in umfassenden Schwierigkeiten sind. Sozialpädagogische Familienhilfe, als intensivste Form der Hilfe zur Erziehung, ist vom Selbstverständnis her unterstützend und gefährdungsorientiert. Problemlagen von Familien, die der Sozialpädagogischen Familienhilfe bedürfen, haben, auch wenn sie sich in der Vernachlässigung der Kinder und der Desorganisation der Alltagsbewältigung niederschlagen, zumeist auch mit Krankheit und gesundheitsriskantem und gesundheitsgefährlichem Verhalten zu tun. Körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden sind in belasteten Familien, die ihre Aufgabe, ein für sie und die Kinder förderliches familiäres Leben aufrecht zu erhalten und Erziehung und Entwicklung der Kinder zu garantieren, ohne Hilfe von außen nicht mehr erfüllen können. Hier übt Kinder- und Jugendhilfe sicherlich bereits in vielen Fällen einen gesundheitsbezogenen Einfluss aus. Ob Gesundheitsförderung und Prävention bereits eine gezielte und qualifiziert umgesetzte Aufgabe der Sozialpädagogischen Familienhilfe ist, erscheint jedoch fraglich (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002).

Noch zu wenig ausgebaut im Hinblick auf gesundheitsförderliche Belange sind die Arbeitsfelder: *Intensive Sozialpädagogische Einzelbetreuung* nach § 35 SGB VIII und die *Soziale Gruppenarbeit* nach § 29 SGB VIII (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 228). Diese Maßnahmen der Hilfen zur Erziehung richten sich an Jugendliche mit Belastungen, die zu Schwierigkeiten in der Entwicklung und bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben führen, Problemverhalten und gesundheitsriskantes Verhalten nach sich ziehen. Die komplexen individuellen und sozialen Bedingungen, unter denen „Gesundheit“ bestehen kann bzw. beeinträchtigt wird, lassen hier ein wichtiges Aufgabenfeld der Gesundheitsförderung erkennen, das in der Zukunft stärkerer Beachtung bedarf.

Familienbildungs- und insbesondere Beratungsangebote unterliegen von jeher der Problematik, stark *mittelschichtorientiert* sein und vorzugsweise jene anzusprechen, die sich mittelschichtorientiert verhalten und verbalisieren können. Es muss verstärkt nach Wegen gesucht werden, auch bildungsfernere und aus niedrigen Sozialschichten stammende Zielgruppen zu erreichen. Zur gesundheitlichen Förderung von Familien sollten aufsuchende Zugangswegen vermehrt genutzt werden als auch vermehrt niedrigschwellige Anlaufstellen geschaffen werden, die stärker mit dem Gesamtangebot der sozialräumlichen Jugendhilfe vernetzt sein sollten (Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern 2002a). Dabei sollten sowohl die Plätze einbezogen werden, an denen sich die Zielgruppen bereits aufhalten, wie z.B. Kindergarten, Schulen, Begegnungsstätten, Jugendzentren, Arbeitslosenzentren, als auch die oft nur punktuell bestehenden Bezüge zwischen Institutionen bzw. (Gesundheits-)Professionen und den Betroffenen als Gesprächsanlass genutzt werden, z.B. bei der Schwangerschaftsberatung, Mütterschulen, Geburtsvorbereitungskurse. Als hilfreich werden unterstützende, auch schriftliche Informationen in der Muttersprache von Migrantinnen gesehen, die derzeit kaum vorliegen (Razum, Geiger 2003).

Hinsichtlich einer Stärkung der Gesundheitsprävention werden durchaus Möglichkeiten gesehen, diese mit Mitarbeitern der Kinder- und Jugendhilfe in bestehende Maßnahmen zu integrieren. Eine entsprechende konsequente Weiterqualifikation des Personals des Allgemeinen Sozialdienstes (ASD), der in den überwiegenden Fällen den Jugendämtern angegliedert ist, und der Sozialpädagogischen Familienhilfe im Hinblick auf Aufgaben der Gesundheitsförderung und deren Vermittlung in der Arbeit mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen sollte entsprechend gewährleistet werden.

Gesundheitsförderung macht die gezielte präventive Intervention im Fall von Gefährdungssituationen und kritischen Lebensereignissen keineswegs überflüssig, sie kann aber von einem ganzheitlichen Blickwinkel her einen wesentlichen *Beitrag dazu leisten*, dass eine grundlegende Handlungsperspektive zur Förderung von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit entsteht. Dazu bedarf es keiner zusätzlichen Handlungsfelder in der Kinder- und Jugendhilfe, wenngleich eine gewisse Ausweitung der Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe unumgänglich erscheint. Im wesentlichen bedarf es aber eines *Umdenkens in Richtung auf ein positives Gesundheitsverständnis*, das den Gesichtspunkt der Förderung von Gesundheit in familienbezogenen Aktivitäten stärker aufgreift als bisher, sowie der verstärkten Bereitschaft zur Kooperation mit anderen gesundheitsrelevanten Stellen, die andere Zugänge zu bestimmten Teilen der Bevölkerung aufgebaut haben, die von sich aus nicht an die Kinder- und Jugendhilfe herantreten würden.

9.5.3 Einrichtungen der Kindertagesbetreuung (§ 22 SGB VIII)

Die verschiedenen Formen von Kindertagesangeboten für 0- bis 3-jährige Kinder (Krippen und Krabbelstuben), für 3-bis 6-jährige Kinder (Kindergärten), für 6- bis 12-jährige Kinder (Horte) haben eine familienunterstützende und entwicklungsfördernde Komponente in dem Sinne, dass sie Überlastung und Überforderung in den Familien zu verringern oder zu vermeiden versuchen, soziale Benachteiligung kompensieren sowie Chancengleichheit sowohl für Familien mit Kindern überhaupt (Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Abbau von sozioökonomischen Mangellagen) als auch für die persönliche und soziale Entwicklung von Kindern aller Sozialschichten mit unterschiedlicher Problembelastung herstellen wollen. Der Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz sowie die sozialpolitischen Bemühungen um einen Ausbau der Kindertagesbetreuung (insbesondere in westdeutschen Bundesländern) sind bereits als wesentliche Schritte anzusehen.

Eine differenzierte Analyse aus Württemberg-Hohenzollern (Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern 2002 und 2002a) macht allerdings auf eine völlig unzureichende Versorgung mit Krippen- (0-3 Jahre) und Hortplätzen (6-15 Jahre) aufmerksam. So beträgt die Quote im Jahr 2000 in Landkreisen 0,9 bzw. 0,8 und in Stadtkreisen 6,1 bzw. 5,7. Der Bericht konstatiert damit einen gravierenden „Bruch zu dem im Kinder- und Jugendhilfegesetz formulierten generellen Auftrag, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu schaffen wie auch zu der dort noch einmal explizit

gefassten Verpflichtung, Einrichtungen auch bedarfsgerecht im Blick darauf bereit zu stellen, dass Väter und Mütter die Aufgaben in der Familie und Erwerbstätigkeit besser miteinander vereinen können“ (Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern 2002a, S. 17).

Dabei deuten Analysen darauf hin, dass ein starkes Engagement in der Bereitstellung einer kinder- und familienfreundlichen Infrastruktur eine geringere Inanspruchnahme stationärer Erziehungshilfen begünstigen kann (ebenda, S. 13).

Während sich in diesen Angeboten der sozialpolitische Wille zur Unterstützung von Familien, zur Herstellung sozialer Gerechtigkeit und zu sozialem Ausgleich erkennen lässt, ist der Gedanke, gesundheitliche Ungleichheit durch Gesundheitsförderung bzw. gezielte Prävention zu verringern und die Gesundheit zu stärken, weniger präsent. Verpflichtend sind lediglich gruppenprophylaktische Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 21 SGB V, s. auch Kap. 5) – die in diesem Zusammenhang von der Zahnärztekammer durchgeführten Fortbildungen werden als positive Beispiele hervorgehoben. Eine systematische Förderung der Bewegungsaktivität erfolgt – trotz durchaus bestehender zahlreicher Einzelansätze – dagegen ebenso wenig wie eine Ernährungserziehung. Erfahrungen der gesundheitsfördernden Schulen wurden bislang nicht auf Einrichtungen der Kindertagesbetreuung übertragen. Dabei bieten sich gerade diese Einrichtungen aufgrund der vergleichsweise guten Erreichbarkeit unterstützungs- und förderungsbedürftiger Kinder und deren Eltern an. Ein Problem stellt jedoch die Heterogenität der Einrichtungen und die damit verbundene Interessensvielfalt dar, die nach den Erfahrungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung einer Implementation guter gesundheitsbezogener Konzepte entgegensteht.

Die gesundheitliche Entwicklung von Kindern in frühem Alter wird von der Kinder- und Jugendhilfe in besonderer Weise als *Aufgabe der Eltern* angesehen. Zudem trägt ein ungenügender *Ausbildungsstand des Personals* in Kindertagesstätten dazu bei, dass sowohl die Qualität als auch der Umfang der gesundheitsrelevanten Förderung von Kindern in den Kindertagesstätten als auch die Fähigkeit des Personals, gesundheitliche Beeinträchtigungen im Kleinkindalter vor dem Hintergrund entwicklungspsychologischen Wissens richtig zu deuten und möglichst frühzeitig Abhilfe einzuleiten, vielfach unzureichend sind. Das Personal in Kindertageseinrichtungen muss den Kontakt zu Eltern offensiv suchen und dabei nicht primär von einem krankheitsbezogenen Verständnis von Gesundheit, sondern vielmehr von einem umfassenden Gesundheitsverständnis ausgehen. So liegt zwar ein Teil der Aufgaben im Bereich der Wahrnehmung des körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen, doch bedarf es ausreichender entwicklungspsychologischer Kenntnisse, um die Aufmerksamkeit für seelische und soziale Gesundheitsbeeinträchtigungen zu erhöhen und auch bei sehr kleinen Kindern beobachtete Phänomene frühzeitig einordnen zu können. Es muss bei psychischen Auffälligkeiten von Kindern den Kontakt zu den Eltern suchen, nicht zuletzt, um z.B. eine in jungen Jahren bereits einsetzende Medikamentierung verhaltensauffälliger Kinder zu vermeiden und psychosoziale Hilfen wie auch Kontakte zu Selbsthilfe- und Betroffenengruppen anzuregen und zu organisieren. Hierin liegen Anforderungen, auf die viele Mitarbeiterinnen in Kindertages-

einrichtungen nicht ausreichend vorbereitet sind. Faktoren wie Ausbildungsdefizite und prekäre Stellenverhältnisse führen dazu, dass notwendige Kontakte zu Eltern vielfach vernachlässigt werden, dass die Kooperation mit anderen Institutionen und Diensten wie dem öffentlichen Gesundheitsdienst, der Pädiatrie oder den Grundschulen gar nicht erst aufgenommen werden oder aber sporadisch auf einzelne Anlässe beschränkt bleiben. Der Elfte Kinder- und Jugendbericht fordert zur Gewährleistung des Bildungsauftrages des Kindergartens die Anhebung der Ausbildung zu Erzieherinnen und Erzieher auf Fachhochschulniveau und die Vermeidung der vielfach befristeten Beschäftigung von fachfremdem Personal (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 87 ff). Dem wäre hinzuzufügen, dass der Bildungsauftrag des Kindergartens in einen umfassenderen Auftrag zur Prävention und Gesundheitsförderung eingeschlossen werden sollte, um die Chancengleichheit für die Bewältigung späterer intellektueller und psychischer Anforderungen von Seiten der institutionellen Kindertagesbetreuung aus zu verbessern.

Ein wesentlicher Schritt wäre es, wenn sich Kinder- und Jugendhilfe stärker an dem Zusammenhang zwischen frühzeitiger Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen und späteren Partizipationschancen an schulischen Bildungsangeboten orientieren würde. Investitionen in eine früh einsetzende Gesundheitsförderung zahlen sich mit Blick auf spätere kostspielige präventive Interventionen im Bereich der Hilfen zur Erziehung, des Kinder- und Jugendschutzes, der Drogenhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus.

9.5.4 Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz (§ 14 SGB VIII)

Der präventive Kinder- und Jugendschutz umfasst den *gesetzlichen*, den *erzieherischen* und den *strukturellen* Kinder- und Jugendschutz. Der erzieherische Kinder- und Jugendschutz wird im § 14 SGB VIII als eigenständiger Bereich der Kinder- und Jugendhilfe ausgewiesen. Hat sich auch in der Fachpraxis der Kinder- und Jugendhilfe, vor allem auch im Kinder- und Jugendschutz, eine an der Förderung von Lebenskompetenzen orientierte Grundrichtung präventiven Handelns etabliert, so unterliegt der Kinder- und Jugendschutz doch grundsätzlich einer *gefährdungsspezifischen Perspektive*. Er hat seine Aufgaben dort, wo es der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen ihrer Anwaltsfunktion nach § 1 Abs. 3 Nr. 4 SGB VIII nicht möglich ist oder gelingt, die gefährdenden Ursachen zu unterbinden (Wiesner et al. 2000, S. 183). Nach einer Ausarbeitung des Bayerischen Landesjugendamtes aus dem Jahr 1994 (Bayerisches Landesjugendamt 1994, S. 11; derzeit in Überarbeitung bestehen Gefährdungen in Folgendem:

- Handlungen von Personen und Gruppen und andere *äußere* Einflüsse, die Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen beeinträchtigen können, z.B. Suchtmittel, Medien und erfahrene Gewalt,
- Beeinträchtigung der Entwicklungschancen von *innen* her, u.a. als Folge von Arbeitslosigkeit, Behinderung, Scheidung, soziale Isolation, Bildungsdefiziten und Entwicklungsverzögerungen.

Die Ziele des *erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes*, der als der zentrale Aufgabenbereich des präventiven Kinder- und Jugendschutzes gilt, sind nach § 14 Abs. 2 SGB VIII, junge Menschen (bis zu 27 Jahren) zu „befähigen, sich vor gefährdenden Einflüssen zu schützen und sie zu Kritikfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit sowie zur Verantwortung gegenüber Mitmenschen zu führen, Eltern und andere Erziehungsberechtigte besser zu befähigen, Kinder und Jugendliche vor gefährdenden Einflüssen zu schützen.“

Hinzu tritt der *strukturelle Kinder- und Jugendschutz* (als Ergänzung zum gesetzlichen und dem erzieherischen) der sich als erforderliche Erweiterung des Kinder- und Jugendschutzes im Sinne des § 1 Abs. 3 Nr. 4 SGB VIII in gesellschaftspolitische Fragen einmischt, um den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen Geltung zu verschaffen. Die Zielsetzung des § 14 SGB VIII sowie die Zielsetzung des § 1 Abs. 3 Nr. 4 SGB VIII machen deutlich, dass der präventive Kinder- und Jugendschutz in vielfältiger Weise die Arbeitsfelder der Kinder- und Jugendhilfe durchdringt, insbesondere die Familienbildung und die Jugendarbeit bzw. Jugendverbandsarbeit (Wiesner u.a. 2000, S. 185).

Das Bayerische Landesjugendamt (1994, S. 33) fasst die allgemeinen Handlungsgrundsätze des präventiven Kinder- und Jugendschutzes zusammen: „Die präventive Kinder- und Jugendschutzarbeit vermittelt Orientierungshilfen und wirkt mit dem Ziel, positive, von Gefährdungen freie Lebenswelten von jungen Menschen herzustellen und zu sichern. Sowohl alle direkten Erziehungsbemühungen als auch alle Arbeitsansätze, die eine Stärkung der Erziehungsfähigkeit von Erziehungspersonen hinsichtlich Gefährdungen für Kinder und Jugendliche fördern, haben aus diesem Grund vorbeugenden Charakter.“

In dieser Formulierung von Handlungsgrundsätzen sind die Perspektiven „Gesundheitsförderung“ und „Kompetenter Umgang mit Risiken“, die von einem positivem Gesundheitsbegriff ausgeht, kaum vertreten. Dabei eröffnet § 14 Abs. 2 SGB VIII die prinzipielle Möglichkeit, die Aufgabe des Kinder- und Jugendschutzes aus der Perspektive von Gesundheitsförderung zu interpretieren, nachdem die Ziele verfolgt werden sollen, junge Menschen zu befähigen, sich selbst vor Gefährdungen zu schützen, Kritikfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit zu entwickeln.

In der Praxis des Kinder- und Jugendschutzes gibt es seit den 80er Jahren eine intensiv geführte Diskussion über die Notwendigkeit, die veränderten Sichtweisen hinsichtlich Gefährdungen und Risikoverhalten in die Arbeit der Kinder- und Jugendhilfe zu integrieren, und auch fast überall in den einschlägigen Arbeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe und speziell im Bereich des Kinder- und Jugendschutzes greifen die meisten gesundheitsbezogenen Präventionsaktivitäten den neuen präventionstheoretischen Stand auf (gefährdungsspezifische Information und Aufklärung verbunden mit der unspezifischen Förderung und Unterstützung von Lebenskompetenzen, Kompetenzen des Widerstandes und des Nein-Sagens-Könnens auf der Basis von persönlicher Stärke und Selbstvertrauen (z.B. Life skill-Programme). Solche Präventionsprogramme stehen mit der in § 1 Abs. 3 Nr. 1 SGB VIII beschriebenen Förderung der individuellen und sozialen Entwicklung sowie mit dem in § 1 Abs. 1 SGB

VIII festgelegten Recht junger Menschen auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit unmittelbar im Einklang. Was sollte, wenn nicht die Förderung von Life skills mehr dazu beitragen, die Persönlichkeitsentwicklung junger Menschen positiv beeinflussen?!

Dennoch bedarf die grundlegende *Orientierung* dieses Arbeitsgebietes an *Gefährdungslagen* einer kritischen Prüfung, in wie weit sie die Zielsetzung von § 1 SGB VIII und § 14 SGB VIII schwächt. Neben der bekannten Problematik der Defizitorientierung besteht das Problem, dass die Orientierung an Gefährdungslagen vernachlässigt, die Adressaten mit in den Blick zu nehmen. Lüders (1999, S. 27) formuliert dieses Problem: „Wir müssen Abschied nehmen von der Vorstellung, dass wir alles besser als unsere Adressatinnen und Adressaten wüssten. Die Folgen der Individualisierung der Lebenslagen und die Pluralisierung der Lebensführung im Sinne des Verlustes an Selbstverständlichkeiten und der Zunahme individueller Risiken müssen endlich auch in die Präventionsdiskussion Eingang finden. Die Perspektive hierbei kann – (...) nur die Stärkung des partizipativen Elements und eine bewusstere Berücksichtigung der jeweils vorhandenen Ressourcen sein. Das ist nicht der Abgang auf die professionelle Verantwortung, wie dies gelegentlich (...) missverstanden wird (...); dies ist vielmehr die Konsequenz aus der Einsicht, dass auch präventives Handeln scheitern muss, wenn es sich nicht an der Lebenswelt der Adressatinnen und Adressaten, deren Interessen, Bedürfnissen und Ressourcen orientiert und dies praktisch, d.h. in Form einer Beteiligung, berücksichtigt (...).“

Das gefährdungsspezifische Vorgehen als grundlegende Perspektive des Kinder- und Jugendschutzes ist auch deswegen problematisch, weil die bloße Negierung eines bestimmten Verhaltens wenig Sinn hat; die Funktionalität des Verhaltens von Menschen wird außer Acht gelassen (Rausch, Warnke 1995, S. 92). Im Einklang mit Ergebnissen der Jugendforschung in der Jugendsoziologie und Jugendsozialpsychologie wäre davon auszugehen, dass gesundheitsriskantes Verhalten im Jugendalter einen nicht durch Erwachsenen Einfluss zu beseitigenden entwicklungsbezogenen Nutzen hat und auf anderen gesundheitsbezogenen Einstellungen als im Erwachsenenalter beruht. Von Springer (1999, S. 58) stammt eine – nicht aus dem Gefährdungsblickwinkel vorgenommene – Beschreibung des Verhältnisses von *Entwicklung und Risiko* als einen entwicklungsnotwendigen und förderlichen Zusammenhang: „Prävention heißt nicht in erster Linie Schutz vor oder Verhinderung von schädlichen Einflüssen auf Kinder und Jugendliche, sondern die Eröffnung von konstruktiven Erfahrungen (...). Die Entwicklung von Selbstbewusstsein und das Lernen von eigenverantwortlichem Handeln setzt immer Handlungs- und Entscheidungsspielräume, die Begegnung mit Neuem, Unbekanntem voraus, ist also prinzipiell risikobehaftet und birgt deshalb auch die Möglichkeit des Scheiterns bzw. negativer Erfahrungen. Die Bewältigung von Risiken sowie die Verarbeitung von Grenzerfahrungen und Unvermögen sind ebenso wichtige Stadien für individuelle Lernprozesse, psychosoziales Wachstum und Selbstakzeptanz wie der Erfolg, die Freude am Gelingen, die Bewältigung von Aufgaben, das Gefühl, respektiert und geliebt zu werden.“

9.5.5 Gesundheitsförderliche Zielsetzungen in der Kinder- und Jugendarbeit (§ 11 SGB VIII)

Kinder- und Jugendarbeit (§ 11 SGB VIII) ist traditionell ein wichtiger Erfahrungsraum, der wirksam Möglichkeiten zur Beteiligung, Selbstorganisation und Teilhabe bereitstellt. Die strukturelle Offenheit dieses Handlungsfeldes kann Experimentier- und Handlungsspielräume eröffnen, die zu einer selbstbestimmten Entwicklung der Persönlichkeit und zur Teilhabe und Mitwirkung in Politik und Gesellschaft beitragen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 199). *Gesundheitliche Bildung* ist neben der politischen, sozialen, kulturellen und ökologischen Bildung eine wesentliche Aufgabe der außerschulischen Bildung. Damit ist die Kinder- und Jugendarbeit ein bevorzugtes Arbeitsfeld, um im umfassenden Sinne gesundheitsförderliche Zielsetzungen zu verfolgen. Gesundheitsförderung und Prävention stellt in diesem Rahmen kein grundsätzlich neues Aufgabenpaket der Kinder- und Jugendarbeit dar, sondern ergibt sich im Grunde aus ihren eigenen Zielen heraus.

Jugendarbeit wird indessen angesichts der Vielfältigkeit von zu bearbeitenden Problemlagen, die die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen kennzeichnen, in breitem Umfang zur Bearbeitung von Belastungen und Risiken gefährdeter und benachteiligter Jugendlicher genutzt (insbesondere Suchtprävention, Gewaltprävention). Der Achte Jugendbericht (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1990, S. 86) wies bereits darauf hin, dass lebensweltorientierte Kinder- und Jugendhilfe zwar präventiv orientiert sei, aber nicht alle Jugendhilfeaktivitäten unter dem Gesichtspunkt der Verhütung von Schwierigkeiten aufzufassen seien. Wirklichkeit dürfe nicht allein von der Bedrohung her interpretiert und damit pathologisiert werden. Folglich stellt der Achte Jugendbericht hinsichtlich der *Jugendarbeit* fest, dass diese „ihren Eigensinn für Kinder und Jugendliche gegenüber einer sozialpädagogischen Indienstnahme behaupten“ müsse (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1990, S. 107). Der „Eigensinn“ der Jugendarbeit bestehe in erster Linie in Geselligkeit, Aktion, Erlebnis, Orientierung und Lebenshilfe, in der Eröffnung von Räumen der Mitwirkung und Mitbestimmung. In der Kinder- und Jugendarbeit liegt ein entscheidendes Potenzial, die grundlegenden Ziele der Gesundheitsförderung zu berücksichtigen.

In der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe, vor allem in der offenen Jugendarbeit und dem Kinder- und Jugendschutz, werden bereits in großer Zahl sozialraum- und lebensweltbezogene Projekte durchgeführt, die sich spezieller, zum Teil schwer erreichbarer Gruppen annehmen und mit aufsuchenden Strategien ansprechen, die Entwicklung von Kompetenzen zur Lebensbewältigung fördern und Hilfen zur Integration anbieten. Diesen Projekten – häufig im Bereich der Drogen- und Suchtprävention bei Jugendlichen, jungen Migranten und Aussiedlern angesiedelt – liegen zu meist mehr oder weniger ausdrücklich zentrale Aspekte von Gesundheitsförderung zugrunde (s. z.B. ausgewählte Präventionsprojekte als Beispiel für „best practice“ in der Bundesrepublik Deutschland, Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2002).

Bemängelt wird allerdings, dass die Landschaft aufgrund ihrer Vielfältigkeit und mit oft zeitlich befristeten, z.T. auf Spenden angewiesenen Projekten unüberschaubar ist.

Eine fehlenden Dokumentation und kaum vorliegende Publikationen erschweren die Übersicht und den mindern den Bekanntheitsgrad oft innovativer, kleinräumig vernetzter Ansätze insbesondere kleiner Träger der freien Kinder- und Jugendhilfe. Hilfreich wären übergreifende Handreichungen mit Beispielen wirksamer Konzepte, Zugänge und Methoden (im Sinne von best practice) z.B. für Familienfreizeiten. Ein erster Vorstoß zur vermehrten Transparenz erfolgt derzeit in der Drogen- und Suchtprävention.

9.5.6 Jugendsozialarbeit (§ 13 SGB VIII)

Die Jugendsozialarbeit (§ 13 SGB VIII) birgt ein großes präventive Potenzial, insbesondere im Bereich der Förderung der Berufsausbildung sozial benachteiligter junger Menschen (s. auch SGB III: Kap. 2). Unter Bezugnahme auf § 1 Abs. 3 Nr. 1 SGB VIII hat Jugendsozialarbeit Veranlassung, die gesundheitsfördernden Zielsetzungen mit Nachdruck zu verfolgen: Faktoren wie fehlender Schulabschluss, mangelnder Ausbildungsplatz, Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit und u.U. Drogenabhängigkeit gehen mit gesundheitlichen Belastungen und Gesundheitsgefährdungen und einem Bedarf an Unterstützung einher, für den die Kinder- und Jugendhilfe ein wichtiger Ansprechpartner wäre. So weisen nach Auswertungen kassenbezogener Daten Jugendliche mit Fehlen einer Ausbildung eine deutliche Verschlechterung ihrer Gesundheit auf. Hier ist zu fragen, welche Faktoren zu diesen Belastungen führen und inwieweit die Beeinträchtigungen – unter Berücksichtigung der gesamten Lebenswelt – verringert werden können.

Faktisch spielt die Jugendsozialarbeit im Aufgabenbereich der Kinder- und Jugendhilfe jedoch nur eine sehr geringe Rolle. So entfielen 1999 nur 1,2 % der leistungsbezogenen Ausgaben der Kinder- und Jugendhilfe auf die Jugendsozialarbeit (Statistisches Bundesamt 2001a).

Im Rahmen einer Bestandsaufnahme und Bewertung von gesundheitsbezogenen Interventionsprojekten (Waller et al. 2001) wurden 83 Angebote in Niedersachsen identifiziert, die sich direkt oder indirekt an sozial Benachteiligte richten. Dabei wird ein deutliches regionales Gefälle sichtbar: Allein 46 % der Angebote sind in Hannover konzentriert. Die mit Abstand häufigste Zielgruppe bildeten Kinder- und Jugendliche (31 %), gefolgt von Mädchen und Frauen (15 %) sowie Migranten (15 %). Nach den Autoren erreichen die Angebote für Kinder- und Jugendliche einen deckungsgrad von maximal 5 % der Zielgruppe.

Von den Angeboten werden 62 % vom Sozialsektor getragen, 20 % von Einrichtungen des Gesundheitssektors und 11 % werden vom Bildungsbereich angeboten. Damit überwiegen deutlich gemeinnützige Träger. Die Finanzierung der Maßnahmen erfolgt zu 52 % aus öffentlichen Mitteln, zu 48 % aus Eigenmitteln der Träger (die teilweise wiederum durch öffentliche Mittel gedeckt werden) und zu 21 % aus Spenden. Eine (Teil-)Finanzierung durch Krankenkassen erfolgt nicht.

Während die Angebote aus dem Gesundheitsbereich häufiger nur ein Thema in den Vordergrund stellen, sind Interventionen aus dem Sozialbereich durch ihre Multithematik und ihren ausgeprägten Sozialbezug charakterisiert (Waller et al. 2001).

9.5.7 Hilfeplan (§ 36 SGB VIII)

Vor der Gewährung von Hilfen sind die Kinder/Jugendlichen und die Personensorgeberechtigten über die Art und den Umfang sowie den möglichen Folgen für die Entwicklung zu beraten (§ 36 SGB VIII). Eine Entscheidung soll nur im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte getroffen werden. Als Grundlage für die Ausgestaltung dient ein Hilfeplan über den Bedarf und die anvisierten Leistungen, der regelmäßige einer Überprüfung und Anpassung unterzogen werden soll. Das KJHG sieht die Berücksichtigung gesundheitspräventiver Angebote in dem Maßnahmenplan nicht vor. Es ist somit eine singuläre Entscheidung jedes Jugendamtes, gesundheitsbezogene Aspekte aufzunehmen. Generell könnte durch explizite Erwähnung gesundheitsbezogener Prävention die Aufmerksamkeit hierfür erhöht werden.

9.5.8 Jugendhilfeplanung und Datenhebung (§§ 71, 80 und 98 SGB VIII)

Im Rahmen ihrer Planungsverantwortung müssen die Träger der öffentlichen Jugendhilfe (§ 80 SGB VIII) (1) den Bestand an Einrichtungen und Diensten feststellen, (2) den mittelfristigen Bedarf und die Bedürfnisse der jungen Menschen sowie Personensorgeberechtigten ermitteln und (3) hierfür – unter Beteiligung der freien Jugendhilfe – rechtzeitig entsprechende Vorhaben planen. Hierbei sollen Kontakte in den Familien und im sozialen Umfeld erhalten und gepflegt, ein wirksames und abgestimmtes Angebot an Jugendhilfeleistungen gewährleistet, besonders gefährdete junge Menschen und Familien besonders gefördert werden und Mütter und Väter Aufgaben in der Familie und Erwerbstätigkeit besser vereinen können.

Nach Bürger (2000) haben die Jugendämter in der Regel wenig Kenntnisse über soziale (und gesundheitliche) Strukturen in ihren Kreisen. Noch weniger werden diese kontinuierlich verfolgt und die Zusammenhänge zwischen ihrer Entwicklung und dem zunehmendem Handlungs- und Mittelbedarf untersucht, veröffentlicht und diskutiert. Er hebt deshalb die Bedeutung des Instrumentes der *Sozialbelastungsanalyse als Instrument der Prävention* hervor. Hier sind Kooperationen mit den Gesundheitsämtern, den Gemeinden/Kreisen und deren Jugendbezirke für eine abgestimmte Gesundheitsberichterstattung wichtig. Auf diese Weise können die Entwicklungen im Sozialraum erfasst und als Grundlage für eine präzise Beschreibung des Handlungsbedarfs und des Mittelbedarfs zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages der Kinder- und Jugendhilfe verwendet werden können. Der Elfte Kinder- und Jugendbericht fordert in vergleichbarer Weise, Kinder- und Jugendberichte als eine spezifische Form der *Sozialberichterstattung* aufzufassen und eine zuverlässige Dokumentation der Lebenslagen von Kindern, Jugendlichen und deren Familien aufzubauen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 44 ff.; S. 94ff.).

Ein erster Bericht einer zukünftig regelmäßig geplanten Analyse zum Bedingungsgefüge der unterschiedlichen Inanspruchnahme von Erziehungshilfen in 22 Stadt- und Landkreisen wurde vom Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern 2002 (2002 und 2002a) vorgelegt, der mit der Verwendung von Sozialstrukturindikatoren eine Vorreiterrolle in Deutschland übernimmt. Bislang wurden Indikatoren zur Gesundheit und Prävention/Gesundheitsförderung nicht aufgenommen. Erste Gespräche mit dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg zur Abklärung einer zumindest partiellen Kompatibilität in der Berichterstattung haben inzwischen stattgefunden.

Sozialraumbezogene Belastungsanalysen können die Argumentation im Hinblick auf die Umsetzung eines umfassenden Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzeptes erleichtern. Ergebnisse von Sozialbelastungsanalysen können sowohl in der Kooperation mit anderen Jugendämtern ausgewertet, in die Jugendhilfeplanung eingebracht werden und in offensiver Öffentlichkeitsarbeit als „soziale Wirklichkeit“ verdeutlicht werden.

Sozialbelastungsanalysen sind darüber hinaus geeignet, die Kinder- und Jugendhilfe von wechselnden Thematisierungswellen und Aufmerksamkeiten öffentlicher Sorge, die von differierenden und nicht in einem breiten gesellschaftlichen Dialog ausgehandelten Gesundheitsverständnissen getragen sind, unabhängiger zu machen. Um das Profil ihrer Arbeit durch die grundlegende Handlungsperspektive Gesundheitsförderung und Prävention schärfen zu können, aber auch, um Bedarf aufzuzeigen und konkretes Handeln besser begründen zu können, muss Kinder- und Jugendhilfe im Verbund mit gesundheitsbezogenen Politikbereichen zu einem gesellschaftlichen Dialog über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen anregen und danach fragen, welcher Stellenwert in diesem Kontext die gesellschaftlich anerkannten Werte wie z.B. Chancengleichheit, soziale Gerechtigkeit haben.

Nicht zuletzt sind die Analysen ein Instrument zur Reflexion des eigenen Handelns. So zeigt sich, dass die Gewährung erzieherischer Hilfen für Jungen und Mädchen sehr uneinheitlich ist und die Gewährung z.B. sozialpädagogischer Familienhilfe zwischen den einzelnen Kreisen enorm schwankt (Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern 2002a). Die Erfahrungen in Württemberg-Hohenzollern zeigen, dass die Implementation eines derartigen Instrumentariums eine lange Vorlaufzeit (hier: 10 Jahre) benötige und den Aufbau vertrauenswürdiger Kooperationen voraussetzte.

9.5.9 Verständnis von Gesundheit und Prävention sowie Qualifizierung der Mitarbeiter (§ 72 SGB VIII)

Die Frage, ob die präventiven Ziele des SGB VIII in der Praxis *adäquat* umgesetzt werden, lässt sich vor dem Hintergrund der Ausführungen eher verneinen. Gesundheit ist als Thema der alltäglichen Arbeit der Kinder- und Jugendhilfe nicht durchgängig präsent.

Es hängt zu aller erst von dem Verständnis von Prävention ab, das den Aktivitäten der Kinder- und Jugendhilfe in verschiedenen Arbeitsfeldern zugrunde gelegt wird sowie von regionalen und örtlichen Gegebenheiten wie vom fachlichen Verständnis einzelner Fachpraktiker und nicht zuletzt von den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen ab.

Derzeit ist jedoch weder bekannt, was (1) in der Kinder- und Jugendhilfe unter Gesundheit verstanden wird, noch (2) inwieweit und in welchen Bereichen die Mitarbeiter ein Gespür und differenziertes Verständnis für gesundheitliche Belange haben und (3) ob und inwieweit sie Prävention als ihre Aufgabe sehen. Ein Forschungsprojekt zur Klärung dieser Fragen ist vom Deutschen Jugendinstitut in Vorbereitung.

Wie sehr es an dem notwendigen Verständnis für die Chancen der Gesundheitsförderung und Prävention noch fehlt, zeigt sich zum Beispiel an den dem (inzwischen im Bundesrat abgewiesenen) Gesetzesantrag der Länder Bayern und Saarland, der sich unter anderem auf Änderungen zu Lasten der bisherigen Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35 a SGB VIII) und der Hilfen für junge Volljährige (§ 41 SGB VIII) bezieht. Es wurde ein Abbau der Leistungen für diese Personengruppen zu erreichen versucht, um dadurch eine „ziel- und zweckgerichtete Leistungsgewährung“ zu ermöglichen und eine „weitere Belastung der Kommunen“ zu vermeiden oder zumindest deutlich einzudämmen (Bundesrat 2002, S. 2).

Zentrale Ansatzpunkte zur Verstärkung der Prävention und Gesundheitsförderung liegen in der Qualifizierung von Mitarbeitern (§ 72 SGB VIII) einschließlich der über das Jugendamt ausgebildeten Pflegepersonen (z.B. Tagespflege § 23 SGB VIII). Über 9 % (1998) der in der Jugendhilfe Tätigen weisen keine abgeschlossene Ausbildung aus (Statistisches Bundesamt 2001a). Hinzu kommen zahlreiche fachfremde Kräfte, z.B. über ABM-Stellen. Aber auch in den Ausbildungen zum Erzieher (1998: 46,9 %), Sozialpädagogen (8,6 %) und Kinderpfleger (7,7 %), die mit Abstand die häufigsten Berufsabschlüsse in der Jugendhilfe stellen, kommt dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung keine bzw. nur eine marginale Rolle zu (s. auch Ausbildung im Bereich der Kindertagesbetreuung, Kap. 9.5.3).

Zur Förderung der Zusammenarbeit mit den kommunalen Gesundheitsämtern sind gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen zu gesundheitsbezogenen Themen sinnvoll. Diese werden (wie Fortbildungsveranstaltungen zur Gesundheit generell) bislang jedoch nur vereinzelt angeboten. So führt beispielsweise das Landesjugendamt in Württemberg-Hohenzollern jährlich ein bis maximal zwei zweitägige Veranstaltungen zusammen mit dem Landesgesundheitsamt durch.

Daneben müssten (1) die jeweiligen Landes- bzw. Jugendhilfeausschüsse, die nach § 71 SGB VIII die Aufgaben der Jugendhilfe definieren und aufgrund einer Analyse der Problemlagen die Weiterentwicklung der Jugendhilfe aufzeigen sollen, (2) die Arbeitsgemeinschaften der Träger der öffentlichen und freien Jugendhilfe sowie (3) die Trägern der geförderten Maßnahmen (§ 78 SGB VIII) als Multiplikatoren in eine verstärkte gesundheitspräventive Ausrichtung der Kinder- und Jugendhilfe einge-

bunden werden. Dieses ist derzeit nicht gegeben. Vielmehr wird von der Kinder- und Jugendhilfe angemerkt, dass die Möglichkeiten von Hilfestellungen zur Vernetzung und die Nutzung vorhandenen Wissens um Tätigkeiten anderer Einrichtungen in den Landes- bzw. Jugendhilfeausschüssen zu wenig genutzt wird, um effektive Kontakte aufzubauen und Parallel-Arbeiten zu vermeiden.

9.6 Zusammenfassung und Fazit

Das SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) bietet zahlreiche Ansatzpunkte für eine gesundheitsbezogene Prävention. Allerdings ist – während der leitende Gedanke der Prävention (im Sinne der Kinder- und Jugendhilfe vorrangig die Vermeidung von Erziehungsdefiziten (Rothenburg 2001) und die Gewährleistung einer stabilisierenden Sozialisation) aus den genannten Zielen und Aufgaben sowie der verwendeten Begrifflichkeit im Kontext vieler unterschiedlicher Handlungsfelder der Kinder- und Jugendhilfe erschließbar ist – der Bezug zu „Gesundheit“ rudimentär. Das SGB VIII hat weder den Gesichtspunkt der Gesundheitsförderung noch den der gesundheitsbezogenen Prävention in den Aufgabenkatalog der Kinder- und Jugendhilfe aufgenommen. „Gesundheit“ bleibt in ihrem Stellenwert im SGB VIII unklar, zum einen, weil der Begriff „Gesundheit“ praktisch nicht vorkommt und bis auf wenige mittelbare Bezüge indirekt erschlossen werden muss, zum anderen, weil gerade „Gesundheit“ aufgrund der bestehenden unterschiedlichen Konzepte verschieden aufgefasst werden kann. Somit bleibt es den einzelnen Arbeitsfeldern überlassen, inwieweit sie sich den neuen Anforderungen stellen und auf der Basis eines neuen Präventions- und Gesundheitsverständnisses auf die heutigen gesundheitsbezogenen Herausforderungen mit einem ganzheitlichen Konzept zur Förderung gesundheitlicher Ressourcen reagieren. Das KJHG ermöglicht sowohl eine deutliche Ausrichtung auf die Gesundheit als auch eine Vernachlässigung von Prävention und Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung und Prävention stellt eine stärker zu entwickelnde Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe dar, die sich sowohl aus den Grundzielen des SGB VIII als auch aus den realen psychosozialen und gesundheitlichen Problemlagen von Kindern und Jugendlichen und deren Familien herleiten lässt.

Die präventiven Regelungen des SGB VIII eröffnen Möglichkeiten, präventive Ziele dem neueren Stand der Diskussion entsprechend umzusetzen und in die vorhandenen vorbeugenden Strukturen zu integrieren. Im Hinblick auf die Ziele einer umfassenden Gesundheitsförderung bieten sie derzeit jedoch keine ausreichende Vorgabe. Es wird die Notwendigkeit zu veränderten und erweiterten Aktivitäten gesehen, die eine diesbezügliche Präzisierung der jetzigen präventiven Regelungen möglich erscheinen lassen. Hinsichtlich einer rechtlichen Ergänzung wird die Verankerung der Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgabe zumindest im § 1 SGB VIII als wichtig angesehen.

9.6.1 Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe und ihre Optimierung

Gesundheitsförderung hat inzwischen als programmatische Leitorientierung einen breiten Konsens gefunden und bestimmt auch das fachliche Selbstverständnis vieler Arbeitsfelder der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere des Kinder- und Jugendschutzes und der Jugendarbeit. Weitergedachte Ansätze zur bewussten Vermittlung von Risikokompetenz im Jugendalter, einer Lebensphase, die in vielen Fällen mit der Erprobung von riskanten, gesellschaftlich als gefährlich oder schädlich angesehenen Verhaltensweisen verknüpft ist, finden ebenfalls auf breiterer Basis Eingang in den Diskurs, insbesondere im Zusammenhang der theoretischen Fundierung von Suchtprävention (Hallmann 2002). Dennoch ist das Verständnis von „Gesundheit“ noch vielfach eingeschränkt, medizin- und risikofaktorenorientiert und rückgebunden an Krankheit. Dieses Verständnis ist dem vorliegenden Problemfeld in der Kinder- und Jugendhilfe nicht angemessen. Vielmehr bedarf es eines positiven Gesundheitsbegriffes und einer Konzeption von Gesundheitsförderung, die bei den Perspektiven der Betroffenen ansetzt. So weist Bürger (2000, S. 9) auf „bemerkenswerte Diskrepanzen zwischen der Programmatik – hier der Selbstverständlichkeit, mit der von Prävention geredet wird – und den demgegenüber banalen Praxisrealitäten“ hin. Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass das Konzept der Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe auf einzelne Maßnahmen und Aktivitäten beschränkt ist und bislang nicht zu einer tragenden Handlungsperspektive geworden ist.

Als Barrieren für eine verstärkte Hinwendung zur Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention werden seitens der Kinder- und Jugendhilfe die Ausweitung von Aufgaben gesehen. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund bedeutend, als damit eine umfassende Aufgabenstellung und ein hoher, nicht einzulösender Anspruch verbunden wird.

Für eine stärkere Einbindung gesundheitspräventiver Aufgaben und ihre realistische Umsetzung ist es zunächst erforderlich, Gesundheit und Prävention/Gesundheitsförderung zum Programmschwerpunkt als Querschnittsaufgabe zu machen. Zudem ist eine klare Definition möglicher Ziele, Aufgaben und Handlungsschritte erforderlich sowie die Überprüfung der bisherigen Arbeit auf ihren Gesundheitsbezug (s. Tabelle 9-2). Dabei muss Kinder- und Jugendhilfe nicht alle Aufgaben selber angehen. Ein wichtiger Schritt wäre bereits das Aufzeigen eines Handlungsbedarfs von Seiten der Kinder- und Jugendhilfe und die Suche nach sowie die Vermittlung geeigneter Kooperationspartner. Entsprechend dem präventiven Verständnis des KJHG wären auch zahlreiche Aktivitäten denkbar, in denen die Kinder- und Jugendhilfe verstärkt von sich aus auf die Bevölkerung zugeht. Dem steht in den meisten Bereichen derzeit allerdings noch das Verständnis der traditionellen Schadensbekämpfung auf Nachfrage mit den damit verbundenen „Komm-Strukturen“ entgegen. Die Übernahme einer neuen präventionsorientierten Rolle erfordert zunächst die Annahme von Prävention/Gesundheitsförderung als Aufgabe und im zweiten Schritt die Ausbildung eines aktiven Verständnisses der Kinder- und Jugendhilfe. Sie erfordert aber vor allem ein Umdenken, das in der Fachpraxis, auch in der Aus- und Weiterbildung, zusätzlich gefördert werden muss.

Es bedarf eines verstärkten Dialogs darüber, was Kinder- und Jugendhilfe im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention leisten will und sollte, wo sie Erfordernisse erkennt, bestehenden oder neuen, drohenden Problemen und Gefährdungen zuvorzukommen oder Schlimmeres zu verhüten, wo sie jedoch auch verstärkt Förderung und Unterstützung anbieten muss, damit die Menschen ihre eigenen Ressourcen mobilisieren können und ihre Lebenswelt gesundheitsfördernd gestalten können, wo sie auf Änderung der Verhältnisse dringen muss, um Lebenswelten gesundheitsförderlicher zu gestalten.

Tabelle 9-2: Präventive Handlungsfelder der Kinder- und Jugendhilfe

Aufgabenbereich	Wichtige präventive Handlungsfelder	Mögliche Kooperationen
Familienförderung	Ernährung, Adipositas, Bewegung, Zahnprophylaxe, Unfallprophylaxe, Impfungen, Allergien, Medikamenten- und Drogenkonsum, Schwangerschaftsberatung, Konfliktbewältigung, soziale Unterstützung, Gewalt in den Medien, Stärkung des Gesundheitsbewusstseins bei Eltern/Erziehungsberechtigten, Früherkennung und Frühförderung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen, Beratung von Müttern und Vätern/Erziehungsberechtigte	ÖGD Krankenkassen Kinder- und Hausärzte Rehabilitation
Kindertagesbetreuung	Ernährung, Bewegung, Zahnprophylaxe, Konfliktbewältigung, soziale Unterstützung, seelische Beeinträchtigungen, Kindesmisshandlung, Medikamentenkonsum, Unfallprophylaxe, Impfungen, Allergien, Früherkennung von gesundheitlichen, Beeinträchtigungen und Behinderungen	ÖGD, Schule, Krankenkassen
Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz	Suchtmittel, Kindesmisshandlung, Gewalt in den Medien, Konfliktbewältigung, Jugendsekten, Unfallprophylaxe, Sexualaufklärung, AIDS, Empfängnisverhütung, Lärm	ÖGD, Schule
Kinder- und Jugendarbeit	Drogen- und Suchtprävention, Konfliktbewältigung, soziale Unterstützung, Bewegung, Ernährung, Adipositas, Essstörungen, Rechtsextremismus, Fremdenfeindlichkeit, Sexualaufklärung, AIDS	ÖGD Schule
Jugendsozialarbeit	Drogen- und Suchtprävention, AIDS, Konfliktbewältigung, soziale Unterstützung, Ernährung, Bewegung, Schwangerschaft, Arbeitslosigkeit, Rechtsextremismus, Fremdenfeindlichkeit, Schulverweigerung	ÖGD Krankenkassen Bundesanstalt für Arbeit Selbsthilfe

Die Kinder- und Jugendhilfe muss Aufgabenerweiterungen offensiv vertreten und begründen. Sie muss sich – wie bereits der Achte Jugendbericht forderte – einmischen, den Dialog zwischen den Akteuren der Gesundheitspolitik, Sozialpolitik, Jugendpolitik, Jugendhilfepolitik gezielt einfordern und offensiv die Erweiterung von Jugendhilfeaufgaben einklagen (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1990, S. 78), wenn sich dies als notwendig erweist.

In diesem Diskurs sind auch die Länder gefordert. Dies gilt vor allem für die Jugendarbeit, die Jugendverbandsarbeit, die Jugendsozialarbeit und den erzieherischen Kin-

der- und Jugendschutz (§§ 11 bis 14 SGB VIII), die die Ziele der Gesundheitsförderung verstärkt aufgreifen sollten und für die der Gesetzgeber *Landesrechtsvorbehalte* eingeräumt. Dadurch fordert er die Länder auf, ergänzende Regelungen (Landesausführungsgesetze) einzuführen. Der Landesrechtsvorbehalt hat jedoch lediglich appellativen Charakter und kann keine ergänzenden Regelungen erzwingen, es existieren bisher nur in einigen wenigen Ländern landesrechtliche Regelungen, die über das Bundesrecht hinausgehen (Wiesner u.a. 2000, § 16, Rdnr. 3, S. 191). Es wäre eine dringende Aufgabe der Länder, den rechtlichen Spielraum, ergänzende gesundheitsbezogene präventive Regelungen im Sinne von Gesundheitsförderung zu treffen, bewusster zu nutzen.

Die Länder sind auch gefordert den Bedarf zu ermitteln, um auf seiner Basis eine konkrete Jugendhilfeplanung vorzunehmen. Anhand einer, derzeit allerdings bei weitem nicht hinreichend durchgeführten Sozialbelastungsanalyse könnten auch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen geplant und bei einer regelmäßigen Erhebung einer Überprüfung ihrer Wirksamkeit mit nachfolgenden erforderlichen Anpassungen unterzogen werden.

Die Kinder- und Jugendhilfe sieht sich seit einigen Jahren mit einem steigenden Hilfebedarf konfrontiert, der in unmittelbarem Zusammenhang mit den Folgen des sozialstrukturellen Wandels der Gesellschaft steht und Handlungsnotwendigkeiten erzeugt, die mit steigendem Kostenaufwand für die Kinder- und Jugendhilfe verbunden sind. Kinder- und Jugendhilfe muss auf Beeinträchtigungen und Belastungen im Rahmen der familiären Erziehung, die sich mit steigender Tendenz aus sozioökonomisch und psychosozial prekären Lagen ergeben, verstärkt reagieren und intervenieren. Von ihrem präventiven *Selbstverständnis* her (das in der praktischen Umsetzung das Konzept der Gesundheitsförderung bisher – wie beschrieben – kaum einschließt) hat sie jedoch auch die Aufgabe, Familie auch in ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten zu unterstützen und zu fördern, damit Kinder eine gesunde Entwicklung durchlaufen können (im Sinne ihrer Grundbedürfnisse). In Zeiten, in denen Sparzwänge die öffentlichen Haushalte bestimmen, haben insbesondere die präventiven Anteile des Jugendhilfeleistungsangebotes eingeschränkte Chancen zu bestehen und geringe Chancen, im Rahmen eines umfassenderen Gesamtkonzeptes von gesundheitsbezogener Prävention noch weiter ausgebaut zu werden.

Bürger (2000, S. 11) beschreibt das Dilemma, in dem sich die Kinder- und Jugendhilfe befindet, seit Sparzwänge der Kommunen den problembezogenen Gesichtspunkten des Handlungsbedarfs entgegengesetzt werden. So wird seit einigen Jahren erwartet, dass die Sozialverwaltung sich effizienter organisieren solle (z.B. „neue Steuerung“), um auf diese Weise die Ausgaben für Jugendhilfeaufwendungen zu reduzieren. Kostenzuwachs im Sozialbereich sowie dessen Begrenzung und Rückführung werden – von der Einsparungsintention her begründet – zu einem „immanenten Problem der Sozialverwaltungen und ihrer Akteure“ erklärt. Der gestiegene Kostenaufwand der Kinder- und Jugendhilfe wird auf diese Weise nicht mehr als „Folge der zunehmenden Erosion gesellschaftlicher und sozialer Verhältnisse“ aufgefasst, sondern „zum Problem vermeintlich ineffizienter Leistungserbringung umdefiniert“. Die Kinder- und Jugendhilfe steht hierdurch unter Argumentationszwängen, unter denen

es kaum möglich erscheint, weitere Ressourcen für Jugendhilfeleistungen durchzusetzen. „Fachlich begründete Forderungen nach der Bereitstellung bedarfsgerechter Leistungsstrukturen werden als Relikt aus einer Phase vermeintlicher Überversorgung diskreditiert. Im Übrigen steht soziale Arbeit ohnehin in dem Verdacht, in einem ungebremsten Hilfeimpetus nach eigenem Gusto Bedarfe zu erzeugen, denen ein objektiver Begründungszusammenhang fehle“ (ebd., S. 11).

Begründungsschwierigkeiten dieser Art kann Kinder- und Jugendhilfe nur begegnen, wenn sie selber ihre Arbeit im Kontext der für viele Bevölkerungsgruppen zunehmenden sozioökonomischen und psychosozialen Schwierigkeiten der Lebensbewältigung reflektiert und die Folgen dieser Zuspitzung für Kinder, Jugendliche und Familien offensiv darstellt. Es kommt deshalb darauf an, Überzeugungsarbeit auf der Basis von Fakten zu leisten, um präventive Angebote der Kinder- und Jugendhilfe nicht weiter zurück schrauben zu müssen, sondern sie den präventiven Zielen des SGB VIII entsprechend neu auszurichten und in den Kontext eines umfassenden gesamtgesellschaftlichen Konzeptes der Prävention und Gesundheitsförderung zu stellen.

9.6.2 Übergreifendes Präventionsgesetz

Ein übergeordnetes Präventionsgesetz wird von den befragten Expertinnen unterschiedlich beurteilt. Einerseits besteht Skepsis aufgrund der möglichen Gefahr, dass infolge der Dominanz der eher medizinisch orientierten übrigen Gesetze die sozialpädagogischen Perspektive der Kinder- und Jugendhilfe verloren gehen könnte. Andererseits wird ein zusammenfassendes Gesetz befürwortet, da es alle Lebensbereiche hinsichtlich gemeinsamer Belange anspricht. Es ist allerdings nur dann sinnvoll, wenn es tatsächlich die bestehenden Probleme identifiziert und gezielt versucht zu lösen.

10 Präventive Versorgung chronisch Kranker sowie Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – SGB IX

Das Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – trat am 1. Juli 2001 in Kraft und ersetzt und erweitert das Reha-Angleichungsgesetz (RehaAnglG) von 1974.

Mit dem SGB IX soll die Rehabilitation übergreifend für alle Reha-Träger definiert und gemeinsam von allen Reha-Trägern weiterentwickelt werden. Ihm liegen das biopsychosoziale Krankheitsverständnis sowie die neugefasste Klassifikation der funktionalen Gesundheit (ICF) der WHO mit dem dreistufigen Aufbau des Behinderungsbegriffs (impairment – activity limitation – participation restriction) zugrunde. Wesentliche Ziele sind (1) die Förderung von Selbstbestimmung, Teilhabe am sozialen Leben und Partizipation, (2) eine Koordination, Kooperation und Konvergenz in der Rehabilitation, sowie (3) eine Verstärkung der Prävention. Das SGB IX wird als ein deutlicher Fortschritt im Behindertenrecht bewertet (Reimann 2001, Winter, Sindermann 2002).

Ausgehend von einer Darstellung der Prävention in der Rehabilitation werden wesentliche präventive rechtliche Regelungen des SGB IX und grundlegende Strukturen in der Rehabilitation skizziert. Es schließt sich die Betrachtung der Umsetzung an, bei der auch Disease-Management-Programme der Krankenkassen berücksichtigt werden, bevor abschließend ein Ausblick auf ihre Optimierung gegeben und Folgerungen für ein übergreifendes Präventionsgesetz gezogen werden.

Das Kapitel basiert auf (1) einer *Analyse der Literatur*, (2) einer *schriftlichen Stellungnahme* der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Berlin (Dr. Christiane Korsukéwitz) und eines Beitrages von Dr. Hartmut Haines, Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit sowie (3) vertiefenden leitfadengestützten *Interviews*. Diese wurden jeweils vor Ort geführt mit Frau Dr. Christiane Korsukéwitz, leitende Ärztin und Frau Barbara Gross, Grundsatzreferentin im Referat Recht der Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Berlin, mit Herrn Dr. Eberhardt Grosch, Leiter des Prüf- und Beratungsärztlichen Dienstes der Landesversicherungsanstalt Niedersachsen und Herrn Dr. Armin Wasmus, stellvertretender Leiter, sowie mit Herrn Hans Dörning, Geschäftsführer des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (I-SEG), Witten/Hannover. Zudem gingen Aussagen des befragten Experten der Krankenkassen (Alfons Chavet, IKK Bundesverband) in das Kapitel ein.

10.1 Prävention in der Rehabilitation

Das Kapitel widmet sich der Bedeutung von Prävention in der Rehabilitation und der Stellung der Rehabilitation im Gesundheitswesen.

10.1.1 Ansätze der Prävention

Die Tertiärprävention mit dem Ziel, die Verschlimmerung oder Chronifizierung einer Erkrankung sowie bleibende, insbesondere soziale Funktionseinbußen zu verhüten, ist der klassische Aufgabenbereich der Rehabilitation, bei der der Rehabilitand lernt, mit seinen Belastungen zu leben, weitere Komplikationen zu vermeiden und insbesondere die arbeitsbezogenen Auswirkungen zu minimieren.

Bislang wurde unter Tertiärprävention auch die Verhinderung eines Wiedereintritts eines Krankheitsereignisses nach erfolgter Ersterkrankung (z.B. Reinfarkt nach Herzinfarkt) verstanden, die nach neuem Verständnis in der Medizin (s. auch Definition des Sachverständigenrates 2001 sowie Kap. 1; vgl. auch: Schacky 2002) der Sekundärprävention – bis dahin v.a. als Krankheitsfrüherkennung definiert – zugeordnet wird.¹

Die Sekundärprävention i.S. einer Früherkennung spielt im Vorfeld einer Rehabilitation/Berentung insbesondere im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) eine wichtige Rolle (s. Kap. 4). Relevante Erkrankungen sollen danach rechtzeitig erkannt, einer Behandlung und eventuell auch einer Rehabilitation zugeführt werden. Maßnahmen während der Rehabilitation setzen sich intensiv mit der Verhinderung eines Wiedereintritts einer entsprechenden Erkrankung auseinander und leiten entsprechende Präventionsmaßnahmen und Therapien ein. Im Rahmen der Rehabilitation selbst werden ebenso bisher unerkannte Risikofaktoren und Erkrankungen diagnostiziert und eine Behandlung eingeleitet.

Generell soll in der Rehabilitation jede Intervention möglichst frühzeitig erfolgen, um das Ausmaß und die Auswirkungen einer Behinderung möglichst gering zu halten oder nicht vermeidbare Auswirkungen so gut wie möglich auszugleichen. Dabei muss diese Intervention auf die konkrete Bedarfssituation des Betroffenen zugeschnitten sein (Haines 2002).²

Primärpräventive Aspekte i.S. einer grundsätzlichen Vermeidung von weiteren Erkrankungen (neben der bei dem Rehabilitanden vorliegenden Haupterkrankung), die im Bereich einer eventuellen vorzeitigen Berentung bzw. einer erforderlichen Rehabilitation eine wichtige Rolle spielen, wie z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, Stoffwechselstörungen, degenerative Gelenkerkrankungen, Krebserkrankungen oder Störungen durch psychotrope Substanzen, sind in zahlreiche verhaltensorientierte Maßnahmen der Rehabilitation integriert.

¹ Über diese Begrifflichkeit gibt es im deutschen Gesundheitswesen bisher noch keinen breiten Konsens, gerade im Bereich der Krankenversicherung und der Gesundheitsförderung wird vorwiegend mit der alten Systematik gearbeitet. Aus Sicht der Rentenversicherung kann mit beiden Begrifflichkeiten gearbeitet werden, eine Vereinheitlichung der Terminologie sollte jedoch angestrebt werden, ohne dass dabei einseitige Interessenvorstellungen die Entscheidung dominieren.

² Nach dem Grundsatz der Finalität ist die notwendige Hilfe für jeden behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen unabhängig von der Ursache der Behinderung zu leisten, auch wenn für diese Hilfen unterschiedliche Träger und Institutionen mit unterschiedlichen Leistungsvoraussetzungen zuständig sind.

10.1.2 Rehabilitation im Gesundheitssystem

Nach einer Phase der Stagnation zeigt die Praxis und Wissenschaft der deutschen Rehabilitation in den vergangenen zehn Jahren mit der Einrichtung von Expertenkommissionen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation, der Entwicklung und Implementation von Konzepten des Qualitätsmanagements und durch die öffentliche Förderung der Rehabilitationswissenschaften (Reha-Forschungsverbände als Gemeinschaftsanstrengung von BMBF und den öffentlich-rechtlichen Rentenversicherern) eine qualitätsorientierte und wissensbasierte Weiterentwicklung. Dieser an sich positiven Entwicklung stehen eine Reihe von Problemlagen gegenüber. Dazu gehören vor allem die nur langsame Entwicklung ambulanter Reha-Maßnahmen (als Allein- oder als Follow-up-Maßnahmen nach stationärer Erstbehandlung), ein starker Kostendruck auf die stationären Reha-Leistungserbringer bei hohem Kapazitätsangebot, und als ein wachsendes, zentrales Problem für die Rehabilitation und die darin eingebundene Prävention, die Verkürzung der Verweildauern in Akutkrankenhäusern. Dies führt zu einer Verschiebung der zunächst noch akut zu behandelnden und pflegedürftigen Patienten in die Rehabilitationseinrichtungen. Die Bewältigung der akutmedizinischen Betreuung verlangt eine entsprechende Ausstattung und hochqualifiziertes Personal. Diese Entwicklung geht sowohl (1) sehr deutlich zu Lasten der Patienten, für die diese in dem gesetzlich vorgegeben Zeitrahmen zu einer Verkürzung der eigentlichen Rehabilitationszeit führt, als auch (2) auf Kosten der Rehabilitationsträger i.S. der stabilen Erreichung des eigentlichen Rehabilitationszieles (Schwartz, Sperling 2002). Hinzu kommt, dass aufgrund von Budgetbegrenzungen eine Verlängerung oft nicht gewährt wird.³

Diese bereits mehrjährig bestehende Entwicklung wird zukünftig durch die Einführung der DRGs weiter verschärft werden (Schwartz, Sperling 2002). Bereits 2001 stellt der Sachverständigenrat einen erheblichen Verbesserungs- und Nachholbedarf an Rehabilitation und rehabilitativer Sekundärprävention z.B. bei der koronaren Herzkrankheit, Schlaganfall, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen, Asthma bronchiale, Depression sowie in der psychosozialen Nachsorge von Krebserkrankungen fest (Sachverständigenrat 2001b).

Die Verschiebung tangiert nicht nur die medizinisch-rehabilitativen Aufgaben, sondern auch die Voraussetzungen für die Reha-Fähigkeit selbst: Die Möglichkeit des (zukünftigen) Rehabilitanden, Partner zu sein und eine aktive und freiwillige Entscheidung zur Inanspruchnahme und Durchführung der Maßnahme zu treffen. Als „Kunst der Rehabilitation“ gilt die Selbständigkeit sowie die Bereitschaft und Kompetenz des Rehabilitanden, seine Gesundheit zu fördern. Zugleich wird die bereits

³ In den letzten Jahren ist die Reha-Dauer flexibilisiert worden, die BfA hat z.B. mit allen Einrichtungen Richtwerte zur Reha-Dauer vereinbart. Damit kann zwischen Rehabilitanden und Behandler die medizinisch begründete Dauer der Reha-Maßnahme abgestimmt werden und damit den individuellen Bedürfnissen ohne großen Verwaltungsaufwand angepasst werden. Unangemessene kurze oder lange Reha-Dauern sollen auf diese Weise bei gegebener fachlicher Autonomie vermieden werden.

bestehende Autarkie des Rehabilitanden (im Gegensatz zu Akutpatienten) als der Brennpunkt in der Vulnerabilität der Rehabilitation gesehen.

Bestrebungen, Reha-Maßnahmen in die Akutversorgung zu integrieren, werden von einigen befragten Experten abgelehnt. Kritisiert wird ein mangelndes Verständnis der Rehabilitation und die Gefahr einer zu starken akutmedizinischen Definition. Nicht zuletzt ist es eine Frage der Kostenübernahme. Befürwortet wird vielmehr eine deutliche Schnittstelle und die Beibehaltung des eigenständigen Rehabilitationssystems.

Zur Sicherung der Individualisierung und Flexibilisierung der Reha-Maßnahmen, angepasst an den medizinischen Einzelfall und zur Stärkung der Entscheidungsbildung zwischen behandelndem Arzt und Patient, spricht sich der Sachverständigenrat (2001b) für eine funktionale und rechtliche Gleichstellung mit der kurativen akutstationären Versorgung aus.

Von den befragten Experten wird als Problem auch eine mangelnde Planungssicherheit als Folge einer fehlenden finanziellen Sicherheit, mangelnder Ziele und eines fehlenden politischen inhaltlichen Gesamtkonzeptes sowie eines allgemeinen Grundkonsensus zur strukturellen und rechtlichen Verankerung der Rehabilitation angeführt.

Grundsätzlich muss gegenwärtig noch davon ausgegangen werden, dass die Rehabilitation am Ende einer Kette kurativer Maßnahmen eine fachlich und wissenschaftlich unterbewertete Rolle spielt und bei den professionellen Akteuren wie auch bei den Betroffenen Informationsdefizite bestehen. Diese Fehleinschätzung sollte durch eine bessere Verankerung der Rehabilitation in Lehre und Forschung erst durch laufende Informationsarbeit der Reha-Träger bei Arzt und Patienten überwunden werden.

10.2 Präventionsorientierte gesetzliche Regelungen

Die Einzelregelungen des SGB IX sind Bestandteil eines Paradigmenwechsels, der mit dem SGB IX für behinderte und von Behinderung bedrohte – und insoweit auch für chronisch kranke – Menschen vollzogen wurde. Leitbild sind kompetente Menschen in einem kompetenten Leistungssystem. Dies zeigt sich in einer konsequenten Orientierung an daraus abgeleiteten Zielen und Lösungen.

Das SGB IX stellt in seinen Regelungen die Leistungen zur Teilhabe und die mit ihnen verfolgten Zielsetzungen in den Vordergrund; Ausführungs- und organisatorische Regelungen sind von nachrangiger Bedeutung. Das SGB IX nimmt damit eine ganz andere Gewichtung vor als z.B. das SGB V, das sich stark an institutionellen, rechtlichen und organisatorischen Vorgaben ausrichtet und daher etwa eine Orientierung der Krankenkassen an gesundheitsbezogenen Gesundheitszielen zumindest erschwert (Haines 2002).

Zahlreiche neue Einzelregelungen des SGB IX beziehen sich u.a. auf neue Verfahren der Zuständigkeitsklärung bis zur Einrichtung gemeinsamer Servicestellen der Rehabilitationsträger, auf straffe Zeitvorgaben für Gutachten bis zu den Möglichkeiten, Leistungen in Form eines persönlichen Budgets zu erbringen, Ansätze betrieblicher Prävention und Erstattung selbstbeschaffter Leistungen. Der § 3 SGB IX betont den Vorrang von Prävention und verpflichtet die Rehabilitationsträger, darauf hinzuwirken, den Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit zu vermeiden.

Gesundheitsziele sind bei Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen seit langem gesetzlich vorgegeben; das SGB IX hat diese Vorgaben aktualisiert und inhaltlich fortentwickelt. Einbezogen in diese Begrifflichkeit und in die für sie geltenden Regelungen sind auch chronisch kranke Menschen, zumindest soweit bei ihnen die jeweiligen Voraussetzungen – vorhandene oder drohende Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX – gegeben sind. Im Verständnis des SGB IX bilden chronische Krankheiten häufig eine Zwischenstufe zwischen kurzfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und den in § 2 Abs. 1 SGB IX umschriebenen Behinderungen.

Die Tabelle 10-2 fasst die rechtlichen präventiven Regelungen zusammen.

Tabelle 10-2: Regelungen im SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen mit Bezug zur Prävention im engeren (schraffiert) und weiteren Sinn

Allgemeine Regelungen		
§ 1	Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft	Bestimmung der Zielgruppe von Leistungen: Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen und des Ziels: Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, Vermeidung oder Entgegenwirken von Benachteiligungen, besondere Aufmerksamkeit gilt Frauen und Kindern.
§ 2	Behinderung	Def. von Behinderung: (1) Abweichung der körperlichen, geistigen und seelischen Gesundheit vom typischen Lebensalter und Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, Bedrohung: wenn Beeinträchtigung zu erwarten ist, (2) schwerbehindert, wenn Behinderungsgrad mind. 50%, (3) Gleichstellung von behinderten Menschen mit 30-50% Behinderungsgrad, wenn sie ohne die Gleichstellung einen Arbeitsplatz nicht erlangt oder beibehalten können.
§ 3	Vorrang von Prävention	Hinwirkung auf Vermeidung einer Behinderung und chron. Krankheit.
§ 4	Leistungen zur Teilhabe	Sozialleistungen, zur (1) Abwendung, Minderung von Behinderung, (2) bzw. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit, (3) Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben, (4) Förderung persönlicher Entwicklung und Lebensführung. Trennung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern aus sozialem Umfeld vermeiden, gemeinsame Betreuung mit nicht behinderten Kindern. Verpflichtung der Leistungsträger so zu handeln, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden.
§ 8	Vorrang von Leistungen zur Teilhabe	Prüfung des Sozialleistungsträgers, ob Leistungen voraussichtlich erfolgreich sind, auch zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen.
§ 9	Wunsch und Wahlrecht der Leistungsberechtigten	Berücksichtigung der Bedürfnisse und Lebenssituation der Leistungsberechtigten. Förderung der Selbstbestimmung. Geldleistungen für alternative Leistungen bei nachgewiesener Wirksamkeit.
§ 10	Koordinierung der Leistungen	Koordination von Leistungen durch einen Träger bei Zuständigkeit mehrerer ~. Teilhabe soll zügig, wirksam, wirtschaftlich und nachhaltig sein.
§ 11	Zusammenwirken der Leistungen	Prüfung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsplatz bereits bei Erbringung von Leistungen.

§ 12	Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger	Verantwortlichkeit der Rehaträger für nahtlose, zügige, einheitliche Leistungserbringung, einvernehmliche Klärung von Abgrenzungsfragen, Gewährleistung von Beratung, Begutachtung nach einheitlichen Grundsätzen, Leistung von Prävention. Bildung regionaler Arbeitsgemeinschaften zur gemeinsamen Wahrnehmung von Teilhabe behinderter Menschen.
§ 13	Gemeinsame Empfehlungen	Verpflichtung der Rehaträger zur Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen zur Zusammenarbeit, zu Kriterien zum Angebot von Leistungen zur Vermeidung von Behinderungen infolge Chronifizierung und zur Kooperation mit anderen Leistungsanbietern, u.a. über präventive Maßnahmen sowie zu ihrer statistischen Erfassung der Anzahl, Umfang und Wirkungen sowie zur Förderung von Selbsthilfe zur Förderung von Prävention, Reha, Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen. Konkretisierung durch regionale Rehaträger möglich.
§ 14	Zuständigkeitsklärung	Feststellung der Zuständigkeit der Rehaträger und des Rehabedarfs.
§ 15	Erstattung selbstbeschaffter Leistungen	Regelungen zur Erstattung selbstbeschaffter Leistungen.
Ausführung von Leistungen zur Teilhabe		
§ 17	Ausführung von Leistungen	Ausführung durch Träger, Bemessung des Budgets, modellhafte Erprobung persönlicher Budgets.
§ 18	Leistungsort	Möglichkeit der Erbringung von Sachleistungen im Ausland.
§ 19	Rehabilitationsdienste und Einrichtungen	Hinwirkung auf fachlich, qualitativ und regional hinreichendes Angebot an Rehaeinrichtungen. Bildung von Arbeitsgemeinschaften.
§ 20	Qualitätssicherung	Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen zur Qualitätssicherung und barrierefreien Leistungserbringung. Beteiligung der Verbände behinderter Menschen, der Wohlfahrtspflege und Selbsthilfe.
§ 21	Verträge mit Leistungserbringern	Anforderungen an Verträge außerhalb der Trägerschaft.
Servicestellen		
§ 22	Aufgaben	Beratung und Unterstützung der Behinderten bzw. von Behinderung Bedrohten durch gemeinsame Servicestellen der Rehaträger u.a. zu Leistungen, zur Bedarfs- und Zuständigkeitsklärung. Beteiligung der Behindertenverbände, der Selbsthilfe und ggf. der Pflegekassen.
§ 23	Servicestellen	Einrichtung von Servicestellen in allen Landkreisen und kreisfreien Städten mit hinreichender Ausstattung und qualifiziertem Personal.
§ 24	Bericht	Berichtspflicht im Hinblick auf Servicestellen. Aufbreitung der Daten der Rehaträger durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation alle drei Jahre (erstmalig 2004), Diskussion mit Verbänden und Ministerien auf Bundes- und Landesebene.
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben		
§ 26	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Ziel der med. Reha: Behinderungen infolge chronischer Krankheiten/ Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit/Pflegebedürftigkeit vermindern, (Folgen) vermeiden; Vermeidung eines vorzeitigen Bezugs von Sozialleistungen. Leistungen umfassen u.a. Behandlung durch Heilberufe, Früherkennung/-förderung. Maßnahmen: Unterstützung Krankheits-/Behinderungsverarbeitung, Aktivierung Selbsthilfepotenziale, Förderung der seelischen Stabilität und der sozialen Kompetenz, Training, Beratung.
§ 29	Förderung der Selbsthilfe	Verpflichtung zur Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen, -kontaktstellen zur Prävention, Reha, Früherkennung, Behandlung, Bewältigung von Krankheiten/Behinderungen nach einheitlichen Grundsätzen.
§ 30	Früherkennung und Frühförderung	Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder: med. und nichtärztliche (soz.päd., psycholog., heilpäd. Leistungen und Beratung von Erziehungsberechtigten. Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen, ggf. Einbezug weiterer Stellen nach Landesrecht.
§ 31	Hilfsmittel	Def. Ziel und Anspruch auf Leistungen (inkl. Ausbildung im Gebrauch).
§ 33	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Erhaltung/Erlangung eines Arbeitsplatzes, Berufsvorbereitung, -ausbildung. Auch med., päd., psychol. Hilfen.
§ 34	Leistungen an Arbeitgeber	Kriterien der Bezuschussung.
§ 35	Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation	Kriterien für die Einrichtungen wie Berufsbildungs-, -förderungswerke. Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen.

§ 38	Beteiligung der Bundesanstalt für Arbeit	Einbezug der Bundesanstalt für Arbeit in gutachterlichen Stellungnahmen.
§ 39	Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen	Ziel: Leistungs- und Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, wiederherzustellen.
§ 40	Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich	Definition und Umfang der Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen.
Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen		
§ 44	Ergänzende Leistungen	Hierzu zählen u.a. ärztlich verordneter und ~ betreuter Rehasport, Funktionstraining, Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen zur Stärkung des Selbstbewusstseins. Beitragsbezuschung.
§ 45	Leistungen zum Lebensunterhalt	Finanzielle Leistungen einzelner Träger (Entgeldersatzleistungen), z.B. Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld.
§ 54	Haushalts- oder Betriebs- hilfe und Kinderbetreu- ungskosten	Kriterien und Rahmen der Haushalts- oder Betriebshilfe und Kinderbetreuungskosten. Voraussetzung: Anspruch auf Leistungen zur med. Reha oder Teilhabe am Arbeitsplatz.
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Sicherung und Koordinierung der Teilhabe		
§ 55	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemein- schaft	Definition der Leistungen: u.a. Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt, zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten.
§ 56	Heilpädagogische Leistun- gen	Heilpädagogische Leistungen zur Abwendung drohender Behinderung o- der Verlangsamung, Beseitigung ihrer Folgen bei schwerstbehinderten noch nicht eingeschul- ten Kindern (plus Frühförderung: Komplexleistung).
§ 57	Förderung der Verständi- gung	Gewährung von Hilfen Anderer bei Hör- bzw. Sprachbehinderung.
§ 58	Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben	Förderung der Begegnung mit Nicht-Behinderten, kulturelle Teilhabe, Hilfsmittel zur Teilhabe am Zeitgeschehen.
§ 60	Pflichten Personensorgebe- rechtigter	Pflicht zur Kontaktaufnahme mit einer Servicestelle oder Beratungsstelle bzw. Arzt.
§ 61	Sicherung und Beratung behinderter Menschen	Pflicht der Professionellen (Ärzte, Hebammen, Lehrer, Sozialarbeiter etc.) auf Möglichkeiten der Beratung hinzuweisen.
§ 62	Landesärzte	Möglichkeit der Länder zur Bestellung von Landesärzten mit besonderen Erfahrungen für Behinderte und von Behinderung Bedrohte u.a. zu Gut- achten, Bedarfsanalysen, Konzepterstellung.
§ 63	Klagerecht der Verbände	Möglichkeit der Klage behinderter Menschen durch Verbände.
§ 66	Berichte über die Lage be- hinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe	Berichtspflicht der Bundesregierung (Dez. 2004) über die Lage behinder- ter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe, d.h. Aufwendungen, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit für Maßnahmen der Prävention, Reha und Teilhabe.
§§ 68-160	Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinder- ter Menschen (Schwerbe- hindertenrecht)	U.a. Feststellung der Behinderung, Beschäftigungspflicht der Arbeitgeber, Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeit und den Integrations- ämtern, Schwerbehindertenvertretung, Kündigungsschutz,

10.3 Strukturen in der Rehabilitation

Das SGB IX hat an der vielfach gegliederten Trägerstruktur der Rehabilitation festgehalten. Für die unterschiedlichen Leistungen zur Teilhabe (§ 5 SGB IX) – (1) Leistungen zur medizinische Rehabilitation, (2) zur Teilhabe am Arbeitsleben, (3) zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie (4) unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen – sowie unterschiedlicher, beschäftigungsbezogener Zuständigkeit der Sozialleistungsträger sind verschiedene Träger zuständig. Träger sind die gesetzliche Krankenversicherung (1, 4), die gesetzliche Unfallversicherung (1-4),

die gesetzliche Rentenversicherung (1, 2, 4), die Bundesanstalt für Arbeit (3), die Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge (1-4), die öffentliche Jugendhilfe (1-3) sowie die Sozialhilfe (1-3) (s. Tabelle 10-2 und Abbildung 10-1). Nicht aufgenommen wurde in das SGB IX die soziale Pflegeversicherung, obwohl diese zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit ein besonderes Interesse an der Rehabilitation haben sollte (s. Kap. 11).

Tabelle 10-2: Leistungen der Rehabilitation und zuständige Träger (Haines 2002)

Leistungen	Unfallversicherung	Soziale Entschädigung	Krankenversicherung	Rentenversicherung	Bundesanstalt für Arbeit	Jugendhilfe	Sozialhilfe
medizinische Rehabilitation							
Teilhabe am Arbeitsleben							
~ Leben in der Gemeinschaft							

Im Grunde gilt das Prinzip, dass der Versicherungsträger, der das Risiko einer bestimmten Erkrankung (z.B. im Bereich der Rentenversicherung die vorzeitige Beurlaubung) trägt, zuständig ist für die entsprechende Behandlung (Rehabilitation), sofern bestimmte Voraussetzungen vorliegen. Sind Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich, müssen die beteiligten Rehabilitationsträger sich absprechen und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen so zusammenzustellen, dass sie nahtlos ineinander greifen (§ 10 Abs. 1 SGB IX). Zentrales Anliegen des SGB IX ist damit, die Vorschriften über die Leistungen zur Teilhabe möglichst einheitlich zu regeln, auch wenn für sie unterschiedliche Trägergruppen zuständig sind. Dies gilt nicht zuletzt für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die von insgesamt sechs Trägergruppen erbracht werden können.

Entsprechend den Grundregeln des gesamten Sozialgesetzbuchs wurden Regelungen, die für mehrere Sozialleistungsbereiche einheitlich sein können, nur an einer Stelle getroffen. Die besonderen Regelungen für die einzelnen Rehabilitationsträger (z.B. Voraussetzungen für Leistungen) wurden im Zuge des Gesetzgebungsvorhabens zwar überprüft und an einigen Stellen fortentwickelt, im SGB IX entsprechend dem gegliederten System aber weder zusammengefasst noch inhaltlich neugestaltet. Z.B. bei der Leistungsgewährung auftretende Abgrenzungsfragen zwischen den verschiedenen Rehabilitationsträgern sollen nach § 13 SGB IX möglichst in Form von gemeinsamen Empfehlungen einvernehmlich geklärt werden (Haines 2002).

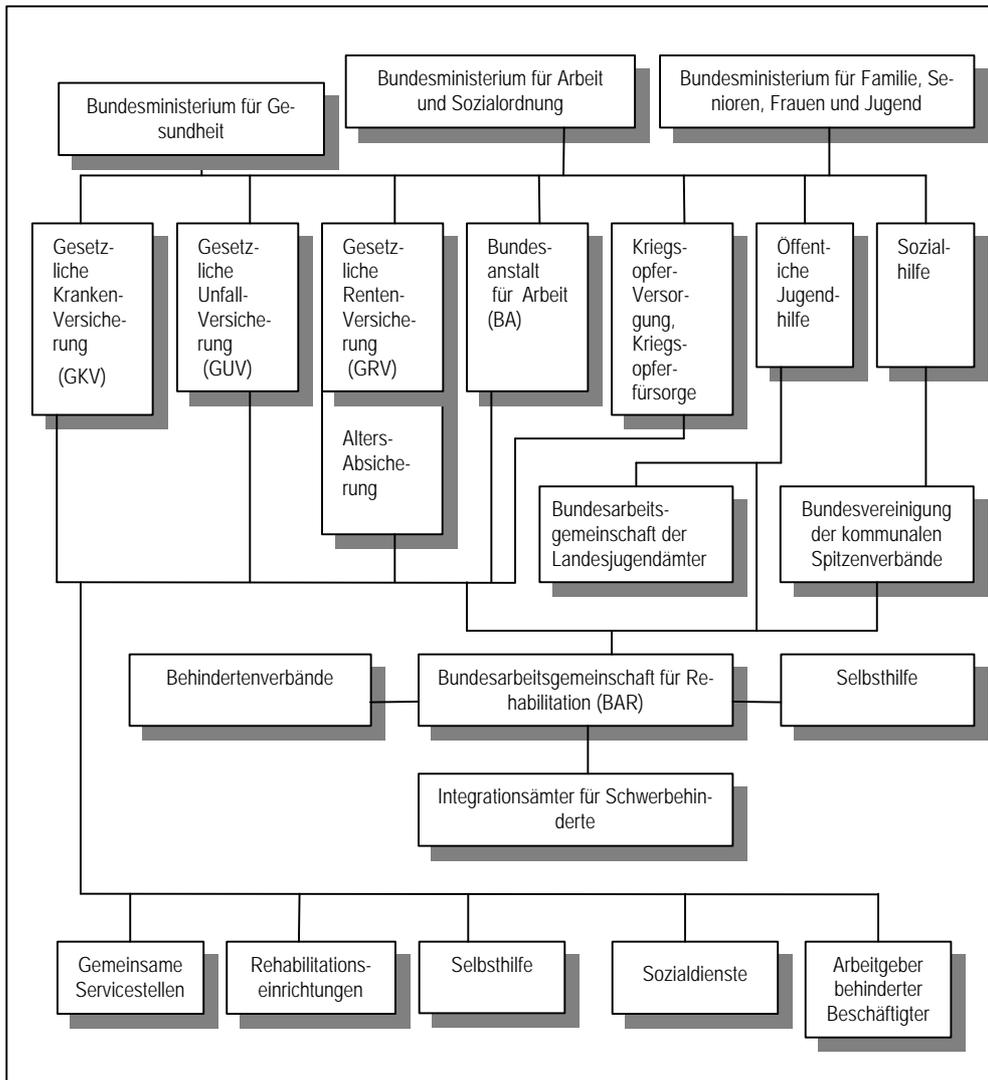


Abb. 10-1: Das gegliederte System der Rehabilitation (vereinfachte Darstellung)

In Deutschland besteht im Bereich stationärer Einrichtungen bereits ein quantitativ stark entwickeltes Rehabilitationssystem, das in den letzten Jahren durch Ausweitung der ambulanten Rehabilitation und teilstationärer Angebote ergänzt wurde. Es gilt, dieses in Zukunft durch Ausbau und eine weitere Qualifizierung der ambulanten Strukturen und durch ein verbessertes Schnittstellenmanagement zum kurativen System effektiver zu nutzen (Klein-Lange, Schwartz, Sperling 2003).

Eine Sonderform der Flexibilisierung findet sich in der Anregung des Sachverständigenrats (2001), gerade jüngere Erwachsene nach Schlaganfall durch „mobile Rehabilitationsteams“ in Form eines aufsuchenden Dienstes zu versorgen. Dies steht nach Einschätzung der BfA der Forderung nach einer multidisziplinären, umfassenden Rehabilitation mit geeigneten Schulungs-, Trainings- und sekundärpräventiven Maßnahmen entgegen.

10.3.1 Kooperationen

Kooperationen zwischen den Trägern der Rehabilitation werden im Kapitel 10.4.3. ausgeführt. Im Folgenden wird die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger (insbesondere der Rentenversicherung) mit anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen skizziert.

Kaum Kooperationen bestehen mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Bedauert wird, dass der öffentliche Gesundheitsdienst, der als originärer Träger der Gesundheitsförderung in der Vergangenheit präventive Aufgaben übernommen hat, in den letzten Jahren teilweise sehr eingeschränkt wurde. Dabei könnte er durch ein niederschwelliges Beratungsangebot auch eine Informationsquelle für Rehabilitationsleistungen insbesondere für sozial Benachteiligte sein.

Als positive Beispiele werden Suchtberatungsstellen sowie die auch ambulante Nachsorge in der Suchtbehandlung genannt.

Als schwierig wird die Einbeziehung der Arbeitgeber bezeichnet, auch wenn sie in der Selbstverwaltung vertreten sind. Zwar bestehen einige Projekte unter Einbezug von Betriebsärzten und arbeitsmedizinischen Diensten. Positiv erwähnt wird eine Initiative von VW zur betriebsärztlichen, arbeitsplatzbezogenen Beratung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Ein bislang nicht gelöstes Problem stellen vor allem nichtindustrielle bzw. Arbeitsplätze in Kleinbetrieben dar, wo keine nachvollziehbaren Strukturen bestehen, in die Vereinbarungen z.B. zur frühzeitigen Entdeckung von Rehabilitationsbedarf einmünden können.

10.4 Umsetzung der rechtlichen Regelungen

In der Umsetzung der Rehabilitation ist aufgrund des erst Mitte des Jahres 2001 in Kraft getretenen SGB XI eine erhebliche Änderung zu verzeichnen, die z.T. gerade erst begonnen und noch längst nicht abgeschlossen ist. Die folgende Darstellung fokussiert sowohl auf gesamte Handlungsbereiche als auch auf Einzelgesetze.

10.4.1 Inanspruchnahme und Reha-Zuweisung

Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass die Bevölkerung in Deutschland gegenwärtig in wichtigen Indikationsbereichen quantitativ oder qualitativ rehabilitativ unterversorgt ist (Rische, Löffler 1998, Sachverständigenrat 2001b). Es liegt ein Missverhältnis zwischen dem Reha-Bedarf und der tatsächlichen Reha-Inanspruchnahme vor. Dies betrifft besonders ausgeprägt arbeitslose Versicherte und Angehörige unterer Sozialschichten.⁴ Der Sachverständigenrat (2001) mahnt darüber

⁴ Dies zeigen auch Praxis-Erfahrungen eines interviewten Experten (s. Kap. 2), wonach Rehabilitationsanträge bei der Rentenversicherung bei (Langzeit-)Arbeitslosen häufig abgelehnt werden, während die durchschnittliche Quote bewilligter Anträge bei 70 % insgesamt liegt (Reimann

hinaus eine bessere inhaltliche und strukturelle Anpassung der Rehabilitation an die tatsächlichen individuellen Bedarfe der Patienten an.

Eine repräsentative Befragung von 45-64-jährigen 29.000 Versicherten der BfA und der LVA Sachsen 1997 zeigt, dass 44 % der Personen ohne bisherige Rehabilitation in den neuen und 27 % in den alten Bundesländern medizinische Rehabilitationsangebote der Rentenversicherung oder der Krankenkassen unbekannt sind (Rische, Löffler 1998). Generell erhöht sich der Kenntnisstand mit zunehmendem Alter und schlechterem Gesundheitszustand. Jeder vierte subjektiv Rehabilitationsbedürftige benennt den niedergelassenen Arzt als Informationsquelle.

Als Gründe werden in verschiedenen Studien neben Informationsdefiziten vor allem die Sorge um eine Gefährdung des Arbeitsplatzes und Selbstbeteiligungsregelungen beschrieben. Ca. 20 %, insbesondere weibliche Versicherte, geben in der o.g. Studie häusliche Verpflichtungen an. Ebenfalls ein Fünftel der Versicherten lehnt eine Rehabilitation aufgrund schlechter Erfahrungen oder keiner Nutzen-Erwartung ab (ebenda). Ein deutlicher realer Rückgang der Antragsverfahren wurde nach den gesetzlichen Einschränkungen des Wachstums- und Förderungsgesetzes (WFG, 1996) verzeichnet.

Da der erste Schritt zur Rehabilitation aktiv mit der Antragstellung durch den Versicherten erfolgt und aufsuchende Verfahren außer am Ende akutklinischer Behandlungen durch die Sozialdienste der Krankenhäuser nicht vorgesehen sind, müssen neben eine zielgruppenspezifischen Öffentlichkeitsarbeit über verschiedene Medien vor allem die Information und Beratung an wesentlichen Kontaktstellen mit dem professionellen System verbessert werden. Hierzu zählt vor allem eine verstärkte Einbindung und Information sowohl der niedergelassenen Ärzte als auch der Betriebsärzte. Nach einer Befragung von 98 Haus- und Fachärzten in Schleswig-Holstein sind über 70 % sehr positiv bzw. positiv gegenüber Rehabilitationsmaßnahmen eingestellt (Deck et al. 2000). Allerdings bewerten nur knapp 38 % die Zusammenarbeit mit der Rehabilitationsklinik als (sehr) gut. Zwei Drittel der Ärzte äußerten den Wunsch nach weiteren Informationen und (persönlichen) Kontakten.

Diese Inanspruchnahme – sofern es sich nicht um ein Anschlussheilverfahren nach akutstationärer Behandlung handelt – einer Rehabilitation setzt eine positive Begutachtung voraus, sei es direkt durch Gutachter des Rentenversicherers oder über den behandelnden Arzt oder den Betriebs- bzw. Personalarzt, der einen Befundbericht mit den Antragsunterlagen beim Rentenversicherer einreicht. Diesen Weg wählen über 90 % der Antragsteller auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.⁵ Damit ergibt sich ein direkter Einfluss auf die Reha-Inanspruchnahme aus der haus- bzw. betriebsärztlichen Versorgung heraus.

2001). Mitursache ist, dass in Grenzbereichen die Erfolgsprognose bei einer Bewilligung vor dem Hintergrund des Arbeitsmarktes betrachtet wird.

⁵ So z.B. dass Verfahren der BfA. Allerdings bedürfen bei Leistungen zur Teilhabe nicht in allen Fällen und nicht bei allen Reha-Trägern eines Antrags.

Die über diese Praxis hinausgehende Anregung des Sachverständigenrates (2001), bei akuter Verschlechterung einer chronischen Erkrankung die Direkteinweisung in eine Rehabilitationseinrichtung durch den niedergelassenen Arzt zu ermöglichen, setzt nach Auffassung der Rentenversicherungsträger (BfA) voraus, dass sozialmedizinische Kompetenz im Bereich der akutmedizinisch/kurativen Versorgung ausreichend verankert ist zur fachgerechten Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit sowie positiver Rehabilitationsprognose hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit. Die BfA geht nicht davon aus, dass die niedergelassenen Ärzte derzeit über entsprechende sozialmedizinische Kompetenz verfügen. Auch die im Gutachten des SVR angeregte „Kurzeinweisung“ in Rehabilitationseinrichtungen mit dem ausschließlichen Ziel der Schulung entspricht nicht der BfA-Auffassung der sozialmedizinischen Erfordernisse.

Im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation wird allerdings gegenwärtig in einer BfA-Klinik ein Vernetzungsmodell der Reha-Klinik mit den zuweisenden Haus- bzw. behandelnden Fachärzten geplant und soll demnächst umgesetzt werden. Mit diesen beiden Maßnahmen, die ausdrücklich die Erfahrungen der behandelnden Haus- und Fachärzte mit einbeziehen, soll beim Vorliegen einer Rehabilitationsbedürftigkeit die schnelle Einleitung und Zuweisung zu einer Rehabilitationsmaßnahme sichergestellt werden.

Ein gesondertes Problem stellen zu späte Einleitungen von Rehabilitation – z.B. insbesondere bei Abhängigkeitskranken – dar. Eine flexible und individuelle Anpassung der Rehabilitationsbehandlungen durch den Ausbau der ambulanten und der teilstationären Reha-Form, die Einführung von Kombinationsbehandlungen und die Flexibilisierung der Reha-Dauer in den Einrichtungen sowie eine Beratungsstelle für besondere medizinische Rehabilitation (BfA), über die in Eilfällen unbürokratisch und schnell eine Rehabilitationsbehandlung vermittelt werden kann, sollen helfen, eine medizinische Rehabilitation schneller und frühzeitiger einzuleiten, als dies bisher der Fall war.

Zur frühzeitigen Erkennung des Rehabilitationsbedarfs und rechtzeitigen Einleitung einer entsprechenden Maßnahme wurden im Rahmen eines Projektes des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG), Hannover, mit den Krankenkassen GEK und KKH Versicherte anhand der Routinedaten gezielt identifiziert und ihnen eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme durch die Krankenkassen angeboten. Besteht die Gefahr einer Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit, darf die Kasse allerdings keine Einladung mehr aussprechen. An dieser Stelle besteht ein Ansatzpunkt für die Rentenversicherung zur frühzeitigeren Rehabilitation und damit zu einer langfristigen Kostenersparnis. Nach anfänglicher positiver Einschätzung hat die BfA jedoch eine entsprechende Zusammenarbeit mit der Krankenkasse, z.B. im Rahmen einer Pilotstudie, abgelehnt.

Weitere Maßnahmen zur frühzeitigen Reha-Einleitung, z.B. über Gesundheitszirkel, betriebliche Sozial- oder Suchtberatung sowie Mobbingstellen, sind bisher noch sehr unterschiedlich verfügbar. Beispielhaft sind Bemühungen einzelner Betriebskrankenkassen, die in ihrem Wirkungskreis hohe Einflussmöglichkeiten haben. In diesen

Fällen gibt es erfolgreiche Umsetzungen von präventiven Bemühungen, die auf eine breitere Basis gestellt werden sollten. Eine direktere Zusammenarbeit von Krankenkassen mit der Rentenversicherung, z.B. auch bei der Sekundärprävention bestimmter Erkrankungen, sollte angestrebt werden.

10.4.2 Prävention von Gefährdungen – frühzeitige Rehabilitation (§ 31 SGB VI)

Die Rentenversicherung hat nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI die Möglichkeit, präventive stationäre medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte zu erbringen, wenn sie noch nicht krank oder behindert, sondern lediglich in ihrer Gesundheit gefährdet sind. Voraussetzung ist, dass sie eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben. Damit soll den besonderen Gefährdungen, die von einem solchen Arbeitsplatz ausgehen, frühzeitig entgegengewirkt werden. Dies ist dann möglich, wenn im Sinne von ersten Störungen eine Gefährdung der Gesundheit besteht. Damit sind z.B. funktionelle Regulationsstörungen, Störungen der Atemwege, die zur Chronifizierung neigen, oder beginnende Funktionsstörungen der Bewegungsorgane gemeint, die aufgrund individueller Disposition und konstitutioneller Faktoren eingetreten sind. Als besonders gesundheitsgefährdend gelten u.a. Beschäftigungen mit schwerer körperlicher oder psychischer Belastung, mit erheblicher mechanischer Beanspruchung, mit besonders hoher Daueranforderung an Konzentration, Reaktionsvermögen und Verantwortung oder mit häufig wechselnden Schichten und erheblichen Anforderungen an das Anpassungsvermögen.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass im Bereich der Angestelltenversicherung (BfA) die Kriterien für eine Bewilligung nur selten erfüllt sind. Herauskrystallisiert haben sich zwei Berufsbilder mit besonders gesundheitsgefährdenden Beschäftigungen: Piloten und Krankenschwestern in besonders belastenden Bereichen (z.B. Onkologie, Intensivstation). Die Antragszahlen bewegen sich konstant auf sehr niedrigem Niveau. Es hat sich deshalb als schwierig erwiesen, in den Einrichtungen settingspezifische Ansätze und ein angemessenes Präventionsangebot vorzuhalten. Eine Erweiterung und Konkretisierung dieser Vorschrift könnte nur modellhaft herbeigeführt werden, die bei den bestehenden Strukturen und dem gegebenen Budget nicht als möglich angesehen werden.

10.4.3 Zusammenwirken der Leistungen (§ 11 SGB IX) und Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger (§§ 12 und 13 SGB IX)

Die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger wurde durch die formelle Konsensorientierung des SGB IX wesentlich verstärkt. Hierzu trugen u.a. die Verpflichtung zu gemeinsamen Empfehlungen als auch die Verpflichtungen zur gemeinsamen Einrichtung von Servicestellen bei (s. Kap. 10.4.4), die auch zu einem Ausbau und einer Intensivierung persönliche Kontakte zwischen den Einrichtungen vor Ort führen

sollen. Dennoch besteht in der Praxis weiterhin deutlicher Fortentwicklungs- und Anpassungsbedarf an die geänderten rechtlichen Vorgaben.

Sämtliche Reha-Träger sowie die Bundesländer, die Spitzenverbände der Sozialpartner sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung sind in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vertreten. Diese hat eine koordinierende und moderierende Funktion, deren Wahrnehmung durch das SGB IX gestärkt wurde. Eine inhaltliche richtungsweisende Funktion und Entscheidungskompetenz und ein Durchsetzungsrecht auf der operativen Ebene besitzt die BAR jedoch nicht.

Zur Entwicklung gemeinsamer Empfehlungen wurde in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation eine Prioritätenliste beschlossen, die in einzelnen Facharbeitsgruppen vorbereitet werden: (1) Frühförderung (§ 30 SGB IX, u.a. aufgrund finanzieller Dissenzen noch nicht zum Abschluss gekommen), (2) Zuständigkeitsklärung (Entwurf vorhanden), (3) Vereinbarung Nahtlosigkeit (Entwurf vorhanden), (4) Qualitätssicherung (noch nicht im Entwurf vorhanden), (5) Informationsaustausch mit behinderten Beschäftigten zur frühzeitigen Erkennung des individuellen Bedarfs (§ 13 SGB IX, anstehend).

Ein weiteres Kooperationsgebiet ist die sozialmedizinische Begutachtung. Eine Arbeitsgruppe aus Sozialmedizinern wurde von der BAR zur trägerübergreifenden Begutachtung eingesetzt. Bei den Rentenversicherungsträgern besteht zudem eine Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin, wo ebenfalls Fragen der Begutachtung erörtert werden. In diesen Bereichen wird „enorm viel Dynamik“ gesehen.

Auf der Ebene der BAR wurden Rahmenvereinbarung zur ambulanten Rehabilitation geschlossen. Zur gemeinsamen Belegung bestehen z.B. enge Kooperationen zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungen. Auch die Abstimmung über Inhalte und Zielgruppen in dem seit Jahrzehnte bestehenden Kooperationsprojekt der Anschlussheilbehandlung (AHB) wird von den befragten Experten als in der Vergangenheit gut und erfolgreich bezeichnet; allerdings sind inzwischen einige Kassen aus „wettbewerblichen“ Gründen aus der Kooperationsvereinbarung ausgetreten.

Als generell erschwerendes Moment in der Abstimmung und im Einigungsprozess wird der Wettbewerb der Krankenkassen und das Vetorecht der kleineren Kassen wahrgenommen. Ein großes derzeitiges Problem stellt besonders die defizitäre Haushaltslage der Krankenkassen dar. Die Umsetzung der Vereinbarungen wird durch die Vielfalt der Einrichtungen und Strukturen erheblich verzögert. Hinzu kommt, dass, nach Wahrnehmung einiger befragter Experten, die Rehabilitation innerhalb der Krankenversicherung wenig akzeptiert wird und die entsprechenden Mitarbeiter und ihre Vorschläge einen „schweren Stand“ haben.

Die Zusammenarbeit der Rentenversicherung mit der Bundesanstalt für Arbeit wird als positiv bewertet. Nur wenig Berührungspunkte gibt es zu der Öffentlichen Jugendhilfe, der Sozialhilfe sowie den Pflegekassen. Gleiches gilt aufgrund ihres spezi-

fischen Zielklientels für die Unfallversicherung. Hier bestehen Ansatzpunkte über die trägerübergreifende Begutachtung und den arbeitsmedizinischen Dienst.

Auch innerhalb der Rentenversicherungsträger besteht eine als gut bezeichnete Zusammenarbeit, z.B. hinsichtlich der Weiterentwicklung von Curricula.

Die Reha-Träger sind mit § 13 Abs. 2 Nr. 9 aufgefordert, eine gemeinsame Empfehlung zum Austausch von Informationen mit behinderten Beschäftigten, Arbeitgebern und den betrieblichen Interessenvertretungen zu vereinbaren, um betriebliche Entscheidungsprozesse besser mit den Entscheidungen der Reha-Träger zu verzahnen. Hierzu wurde auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) eine Facharbeitsgruppe initiiert.

Nach § 11 SGB IX soll der Reha-Träger unter Beteiligung der Bundesanstalt für Arbeit prüfen, ob zugleich mit der medizinischen Rehabilitation (oder im Anschluss daran) durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Erwerbsfähigkeit von behinderten oder von Behinderung bedrohter Menschen gefördert werden kann. Nach Aussage des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung wird dieses bislang weder hinreichend wahrgenommen noch umgesetzt. Gleiches gilt für den § 84 SGB IX, der die frühzeitige Einbeziehung des Schwerbehindertenbeauftragten durch den Arbeitgeber umfasst.

10.4.4 Servicestellen (§§ 22 und 23 SGB IX)

Ziel des SGB IX ist es, den Betroffenen benötigte Leistungen vor allem schnell und ohne bürokratische Hürden zukommen zu lassen.⁶ Die hierfür vorgesehenen gemeinsamen Servicestellen haben vorrangig eine Beratungs- und Unterstützungsaufgabe zur zeitnahen Einleitung von Leistungen zur Teilhabe.

Die Rehabilitationsträger haben statt der gesetzlich verpflichteten Einrichtung von 440 Servicestellen (eine pro Landkreis bzw. kreisfreier Stadt) 620 Servicestellen geplant, von denen Mitte 2002 400 eingerichtet worden sind.⁷

Die Servicestellen werden jeweils von einem Träger betreut, die BfA hat z.B. 53 übernommen (davon 45 eingerichtet). Für die Servicestellen besteht ein einheitliches Rahmenkonzept der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) und eine einheitliche gemeinsame Schulung der betreuenden Mitarbeiter.

Ob und inwieweit es dennoch aufgrund der unterschiedlichen Ansiedlung Unterschiede in der Beratungsqualität gibt, kann in dem derzeitigen Gründungs- und Findungsprozess nicht beantwortet werden. Konstatiert wird jedoch mit durchschnittlich

⁶ Zur Beschleunigung des Verfahrens wurde bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Sozialhilfe auf die Bedürftigkeitsprüfung verzichtet (Haines 2002).

⁷ Ende April 2002 bestanden 216 gemeinsame Servicestellen (Deutscher Bundestag 2002).

5-10 Besuchen pro Woche eine noch sehr geringe Inanspruchnahme (Deutscher Bundestag 2002a, BAR 2002). Als Ursache werden eine unzureichende Öffentlichkeitsarbeit und mangelnde Kenntnis der Ärzte gesehen.

Da die Servicestellen eine erste Anlaufstelle für potenzielle Rehabilitanden sind mit dem Ziel, die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu beschleunigen, stehen vor allem tertiärpräventive Fragen hinsichtlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe sowie die Ermittlung des zuständigen Rehabilitationsträgers zur Weiterleitung des Antrags im Vordergrund der Beratung. Eine weitere Zielgruppe sind Versicherte mit laufenden Rehabilitationsverfahren.

Als positiv wird die Verpflichtung der Zuständigkeitsabklärung innerhalb einer definierten Frist (14 Tage bis zur Klärung der Zuständigkeit, drei Wochen bis zur Entscheidung) gesehen (§ 14 SGB IX), was zu einer deutlichen Verfahrensbeschleunigung führte. Probleme gibt es bei Einzelfällen. Bereits in der Vorphase wurde z.T. eine Optimierung des Verfahrens vorgenommen.

Nach Ansicht einiger befragter Experten hat sich zwar die formale Kooperation verstärkt, z.B. im Hinblick auf einen schnelleren Austausch, inhaltlich jedoch nicht viel geändert.

10.4.5 Leistungen zur Rehabilitation (§§ 4 und 26 SGB IX)

Rechtsvorschriften, Einrichtungen und Dienste können nicht mehr sein als Angebote und Chancen zur Teilhabe; erreichbar sind die in § 4 SGB IX genannten Ziele nur bei einer entsprechenden Motivation der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen. Rat und Hilfe zur Teilhabe müssen deshalb an konkret vorhandene Motivationen der Betroffenen anknüpfen und diese unter Berücksichtigung der im Einzelfall gegebenen Rehabilitationsmöglichkeiten fortentwickeln. Die Einleitung von Leistungen zur Teilhabe bedarf der Zustimmung der behinderten Menschen (§ 9 Abs. 4 SGB IX); an der Durchführung haben sie mitzuwirken, und berechtigten Wünschen bei der Ausgestaltung soll entsprochen werden (§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Im Sinne der Individualisierung der Rehabilitations-Leistungen sollen zu Beginn der Rehabilitation gemeinsam zwischen dem Patienten und dem Arzt Rehabilitationsziele vereinbart und ein individueller Rehabilitationsplan aufgestellt werden.

Möglichkeiten und Probleme behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen betreffen in aller Regel nicht nur einzelne Bereiche, etwa den medizinischen oder beruflichen; vielmehr müssen die einzelnen, individuell anzupassenden Leistungen den konkreten Lebensumständen in ihrer Gesamtheit Rechnung tragen, in deren Rahmen sich Rehabilitation und Teilhabe vollziehen sollen. Weil behinderten Menschen die Entfaltung ihrer Persönlichkeit in vielerlei Hinsicht erschwert ist, kommt es darauf an, dass die Leistungen, Dienste und Einrichtungen den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände lassen und ihre Selbstbestimmung fördern (Haines 2001). Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Selbstbestimmtheit des Patienten und die Möglichkeit des Patien-

ten, Reha-Ziele aktiv mitzugestalten, unterschiedlich ausgeprägt sind. Insbesondere hierzu besteht bei chronisch kranken, bei behinderten, bei von Behinderung bedrohten und bei pflegebedürftigen Menschen noch erheblicher Fortentwicklungsbedarf.

Eine deutliche Lücke besteht in der gesetzlichen Verknüpfung von Rehabilitation und Pflege. Nach § 4 SGB IX gilt es, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, was auch das vorrangige Ziel und Interesse der Pflegekassen sein sollte – im Gegensatz zu anderen Trägern wie den Krankenkassen, auch wenn das Ziel der Rehabilitation in der GKV nach § 11 Abs. 2 SGB V ebenfalls ausdrücklich ist, Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder Verschlimmerungen zu verhüten. Rehabilitation wurde als Leistung und Aufgabe der Pflege jedoch weder in die Pflegeversicherung aufgenommen (s. Kap. 11), noch die Pflegekassen als Träger der Rehabilitation im SGB IX benannt (Schwartz 2002a, Schwartz, Sperling 2002). Hier wird die Frage nach einem novellierten Gesetzesrahmen und einem neuen Leistungsgesetz erneut gestellt werden müssen. Ein „Kooperations“-Gebiet besonderer Art stellen die Maßnahmen bei Kindern dar. Bereits die Diskussionen um die Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (§ 30 SGB IX) haben gezeigt, wie schwierig es ist, funktionierende Alternativen zu bewährten Verfahren – hier der Sozialhilfe als Träger dieser Leistungen – zu finden, selbst wenn die leistungsrechtliche Zuordnung zu diesem Träger nicht funktional erscheint; das gilt ebenso für die Kinder-Rehabilitation durch die GKV:

Die Rentenversicherung führt für nichtversicherte Kinder eine Kinderrehabilitation durch, wenn durch die Leistung voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit gebessert oder wiederhergestellt werden kann. An die Stelle des Begriffs der Erwerbsfähigkeit tritt bei Kindern der Begriff der Gesundheit. In einer Auflistung der Kinderheilbehandlungsrichtlinien sind Krankheiten aufgeführt, deren Folgeerscheinungen die spätere Erwerbsfähigkeit voraussichtlich beeinträchtigen können. Im Rahmen der Kinderrehabilitation wird dem sekundärpräventiven Ansatz und gesundheitsfördernden Aspekten z.B. im Rahmen von Verhaltensstörungen besonders Rechnung getragen. Allerdings sollten die Maßnahmen der Kinderrehabilitation enger mit abgestimmten Aktivitäten aus dem Bereich von Gesundheitszielen und Gesundheitsförderung verknüpft werden. Wichtig ist eine frühzeitige Erkennung von Krankheiten und Behinderungen z.B. in Kindertagesstätten und bei den Kinderuntersuchungen. Hier bedarf es einer Qualifizierung und Intensivierung der Beratung (s. auch Kap. 4 und 9). In der Gesamtbeurteilung muss hier auch die GKV einbezogen werden: diese erbringt die Krankheitsbehandlung dieser Kinder, aber auch Krankheitsfrüherkennung und Früherkennung und Behandlung kindlicher Entwicklungsstörungen (Richtlinien des Bundesausschusses), ebenso Leistungen in „Sozialpädiatrischen Zentren“. Eltern dieser Kinder haben es daher mit vielen Leistungsträgern zu tun, ebenso ihre Ärzte; deren beider Koordinationsaufwand ist hoch.

10.4.6 Vorrang von Prävention vor Rehabilitation (§ 3 SGB IX)

Nach § 3 SGB IX sind die Rehabilitations-Träger aufgefordert, im Rahmen ihrer Möglichkeiten – d.h. unter Berücksichtigung ihres jeweiligen Versorgungsauftrags – mit dem Ziel tätig zu werden, Behinderungen, einschließlich chronischer Krankheiten, so weitgehend wie möglich zu vermeiden. Zur Umsetzung des Vorrangs der Prävention werden einige Instrumente vom Gesetzgeber benannt. Hierzu gehören: (1) die Förderung von Selbsthilfegruppen, (2) die Einbindung von Ärzten in die Einleitung und Ausführung von Leistungen, (3) der Informationsaustausch mit behinderten Beschäftigten, Arbeitgebern und betrieblichen Interessenvertretungen zur möglichst frühzeitigen Erkennung des Rehabilitations-Bedarfs sowie (4) die Einrichtung gemeinsamer Servicestellen.

Diese Maßnahmen werden in verschiedenen Kapiteln beschrieben: Kap.10.4.8 (1), Kap. 10.4.7.4 und 10.4.7.5 (2 und 3) und Kap. (4). Die präventiven Leistungen der einzelnen Träger der medizinischen Rehabilitation finden sich in den Kapiteln 3 und 4 (gesetzliche Krankenversicherung – SGB V), Kapitel 6 (Selbsthilfe – SGB V, VI und X), Kapitel 8 (gesetzliche Unfallversicherung – SGB VII) sowie Kapitel 9 (Kinder- und Jugendhilfe – SGB VII). Trotz einzelner Maßnahmen einiger Träger gibt es insgesamt keine flächendeckenden und zielgruppenspezifischen, insbesondere für besonders gefährdete Personen (z.B. Versicherte im chronifizierenden und chronischem Stadium, ältere Menschen) ausgerichtete abgestimmte Programme.

10.4.7 Präventive Maßnahmen und Schulung chronisch Kranker (§ 43 SGB V, §§ 26 und 44 SGB IX, Gesetz Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV)

Präventive Maßnahmen können bei chronisch Kranken vor der Rehabilitation ansetzen (§ 43 Nr. 2 SGB V), während der Rehabilitation erfolgen oder als Nachsorge erbracht werden. Präventive Leistungen nach § 26 SGB IX haben vor allem zum Ziel Selbsthilfepotenziale zu aktivieren, Hilfen zur seelischen Stabilisierung geben, die soziale Kompetenz zu fördern, lebenspraktische Fähigkeiten zu trainieren und zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu motivieren und diese anzuleiten. § 44 SGB IX umfasst u.a. ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen sowie Funktionstraining unter ärztlicher Überwachung und Betreuung.

In das Kapitel eingebettet ist eine Betrachtung der Disease-Management-Programme (DMP) der Krankenkassen, die mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt werden.

10.4.7.1 Patientenschulungen (§ 43 Nr. 2 SGB V)

Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt im Rahmen der ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V) wirksame und effiziente Patientenschulungen für chronisch Kranken zu erbringen

(Nr. 2).⁸ Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben hierzu mit Wirkung zum 01.07.2001 eine gemeinsame Empfehlung zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen verabschiedet (AOK Bundesverband et al. 2001a).

In der Präambel skizzieren sie kurz die derzeitige Situation: Heterogenität hinsichtlich Konzepten, Inhalten Methoden, Umfang und Qualitätsanforderungen, Mangel an wissenschaftlich erprobten und strukturierten Schulungsprogrammen, fehlende Wirksamkeitsnachweise und uneindeutige Teilnehmerkriterien.

Auch in den Bereichen, in denen bereits evaluierte Konzepte und Strategien vorliegen, wie z.B. bei Diabetes mellitus Typ 2, sind die Versicherten unzureichend geschult. Genaue Angaben zur Inanspruchnahme liegen nicht vor, die vorhandenen Schätzungen schwanken von unter 15-38 %. Eine deutliche Unterversorgung bezüglich Patientenschulungen liegt auch bei Asthma vor. Gründe für eine Nichtteilnahme sind neben einem mangelnden Angebot am Wohnort eine unzureichende Kenntnis über deren Existenz auf Seiten der Betroffenen und fehlende Empfehlungen seitens des Arztes. Bei der Teilnahme zeigt sich ein Schichtgradient (Sachverständigenrat 2002b).

Ziel der Empfehlung der Spitzenverbände ist es, eine gemeinsame qualitätsorientierte Basis zu schaffen. Zielgruppe indikationsbezogener Patientenschulungen sind chronisch Kranke, definiert als Versicherte in derzeitiger und zukünftiger (voraussichtlich mindestens ein Jahr) ärztlicher Dauerbehandlung bzw. Krankheitsüberwachung und ohne Indikation zur Rehabilitation sowie in den letzten vier Jahren keine Teilnahme an einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme mit entsprechender Schulung. Ziel der ambulant und wohnortnah erfolgenden Patientenschulung, in die auch Angehörige eingebunden werden können, sind ein verbessertes Krankheitsselbstmanagement, die Vermeidung bzw. Reduzierung von Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen sowie die Erhöhung der Lebensqualität. Als zentrale Elemente gelten Wissensvermittlung, Aufbau einer positiven Einstellung zur Krankheit und ihrer Bewältigung, Sensibilisierung der Körperwahrnehmung, Vermittlung von Selbstmanagement-Kompetenzen und Maßnahmen zur Prophylaxe (z.B. Verhalten in Krisensituationen) sowie der Erwerb sozialer Kompetenzen und Mobilisierung sozialer Unterstützung.

Mit der Begründung, dass Leistungen zur Primärprävention „die Erhaltung von Gesundheit bei (noch) Gesunden“ haben und sich damit in ihrer Zielsetzung von Patientenschulungsmaßnahmen unterscheiden, ist eine parallele Inanspruchnahme ausdrücklich ausgenommen. Dieses kann und sollte sich allerdings nur auf die gleiche Indikation beziehen. Als Schwierigkeit für die Krankenkassen wird intern die Abgrenzung der Maßnahmen zur Primärprävention gesehen.

Solange keine gesicherten Erkenntnisse und Evidenzen zu Schulungsmaßnahmen vorliegen, behält sich der Medizinische Dienst eine Überprüfung vor. Gemeinsam

⁸ Im Vorfeld der Gesetzesverabschiedung hat sich die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (1999) für die Einbeziehung und der Förderung von Selbsthilfeorganisationen, die Patientenschulungen anbieten, ausgesprochen.

werden von den gesetzlichen Krankenkassen Schulungen im Bereich Neurodermitis angeboten, Schulungen für adipöse Kinder befinden sich in Vorbereitung.

Da die vor allem Patienten mit höherem sozio-ökonomischen Status eine bessere Kompetenz zum Management ihrer Erkrankung (z.B. selbständige Insulinanpassungen, häufigere Schulungsteilnahme, seltener Hausarztkontakte, weniger stationäre, aber häufigere Behandlung in Diabetes-Ambulanzen, vermehrt Mitglieder in Selbsthilfegruppen) aufweisen (Sachverständigenrat 2002b), sollten vor allem Personen mit geringerem sozio-ökonomischen Status gezielt angesprochen werden.

10.4.7.2 Disease-Management-Programme

Mit dem am 10.12.2001 verabschiedeten und am 01.02.2002 in Kraft getretenen „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ soll die Versorgung chronisch Kranker verbessert werden.

Mit dem Ziel, den Krankheitsverlauf und die Lebensqualität der Betroffenen positiv zu beeinflussen, haben die Disease-Management-Programme eine eindeutig kurative und tertiärpräventive Ausrichtung. Ziel der Therapie bei Diabetes ist nach dem theoretischen Konzept (Lauterbach et al. o.J.) beispielsweise die Reduzierung bzw. Vermeidung von Risikofaktoren und die Normalisierung der Blutzuckerwerte über lebensstilbezogene oder/und medikamentöse Interventionen. Ein regelmäßiges, zeitlich dem Krankheitszustand des Patienten angepasstes Screening soll der Früherkennung von Folgekomplikationen und ihrer anschließenden Frühtherapie dienen. Im Mittelpunkt der gesetzlich definierten Schulungen soll die Vermittlung von Wissen über die Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten, die Selbstmessung und Beurteilung krankheitsspezifischer Indikatoren sowie der Erwerb von Kompetenzen zur eigenen Umsetzung sich daraus ergebender verhaltensbezogener und therapeutischer Konsequenzen stehen. Reminder sollen die Patienten an Zielvereinbarungen erinnern und die Inanspruchnahme anstehender Untersuchungen erhöhen. Die Einbindung der Patienten in Selbsthilfegruppen können die Compliance unterstützen. Ein wichtiger Baustein ist ein sektorenübergreifender Behandlungsansatz auf Basis einer individuellen Risikoeinschätzung. Eine Risikostratifizierung der Teilnehmer durch den Hausarzt und spezifische Fachärzte soll der Einordnung in eine von drei Disease-Management-Gruppen (Erkrankung ohne weitere Risikofaktoren, mit Risikofaktoren, mit Komplikationen bzw. Begleiterkrankungen) dienen und eine angepasste Krankheitsbegleitung und Therapie ermöglichen (Lauterbach et al. o.J.). Soweit zur Theorie.

Zur praktischen Umsetzung für die vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten strukturierten Behandlungsprogramme wurden auf Basis der Empfehlungen des Koordinierungsausschusses im Februar 2002 die Entwicklung von Disease-Management-Programmen für Diabetes mellitus (Typ 1 und 2, inkl. Modul Hypertonie), chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (Asthma bronchiale und COPD), Brustkrebs und koronare Herzkrankheit (inkl. Modul Hypertonie) empfohlen (Müller de Cornejo, Hoyer, Baas 2002).

Innerhalb von vier Wochen sollte der Koordinierungsausschuss einvernehmlich für alle vier Krankheitsbilder die Ausgestaltung der Regelungen benennen, was auch aufgrund der vorgegebenen Kriterien – Behandlung nur nach evidenzbasierten Leitlinien, Festlegung der Qualitätssicherungsmaßnahmen und Dokumentationsverfahren, Definition von Einschreibungskriterien und Schulungen sowie Konzept der Evaluation – eine Überforderung darstellte. Bis Mitte Juni 2002 konnten Anforderungskataloge für zwei Krankheitsbilder (Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs) erstellt werden.

Das erste, im April 2003 akkreditierte DM-Programm der KV Nordrhein liegt zu Brustkrebs vor und startet rückwirkend ab März 2003. Zur Akkreditierung steht darüber hinaus steht ein Diabetes-Programm der Landesvertretung des Hausärzteverbandes in Hessen an.

Als wesentliche Probleme kristallisierten sich bislang heraus, dass evidenzbasierte Leitlinien in Deutschland nicht vorliegen, internationale Leitlinien nicht unmittelbar übertragbar sind⁹ und keine Einigung bei Dokumentationsverfahren erzielt werden konnte. In beiden Bereichen mussten Qualitätsabstriche gemacht werden. Auch die Schulung der Patienten, die zu Beginn ein zentrales Element des DMP-Konzepts darstellte und ein Hauptelement in der Versorgung chronisch Kranker ist, ist inzwischen zu einer Leistung herabgestuft worden, über deren Erforderlichkeit der niedergelassene Arzt entscheiden soll.

Aufgrund des Wettbewerbs der Kassen wird es mehrere Angebote bei allerdings geringer Varianz geben, was – bei gleichzeitiger hochqualifizierter Versorgung der nicht in die DMPs eingeschriebenen Patienten – als Überforderungsgefahr des niedergelassenen Arztes als Disease Managers gesehen wird. Dieser Aspekt erschwert zugleich die geplante Evaluation der zunächst drei Jahre laufenden Programme.¹⁰

Die Disease-Management-Programme richten sich explizit an Versicherte mit bereits vorliegender Erkrankung und beinhalten keine primärpräventiven Interventionen. Vom Prinzip her sind sekundärpräventive Maßnahmen und ergänzende rehabilitative Maßnahmen nach §§ 23 (2), 40 und 43 SGB V möglich, sind aber zunächst nicht vorgesehen. Prinzipiell wäre neben den Krankenkassen eine Beteiligung der Pflegekassen sinnvoll, ebenso der Rentenversicherung, die bereits Interesse geäußert hat.

Es besteht die Befürchtung, dass die von den Krankenkassen angebotenen DMPs hinter die derzeitige Versorgungsqualität zurückfallen werden, da die Kassen für jede eingeschriebene und den Kriterien entsprechende Person, aus dem RSA eine Guttschrift erhält, die auf dem Mittelwert basiert, die für diese Personengruppe an Leistungen anfällt. Je nach Risikostruktur der Kassen ist für diese die Einschreibung zahlreicher bzw. eher weniger Versicherter in die Programme sinnvoll. Die Konse-

⁹ Die auf Basis der vorliegenden Literatur formulierten Empfehlungen müssen jährlich neu überprüft, ggf. aktualisiert und in die Ärzteschaft transportiert werden.

¹⁰ Anschließend ist eine Rezertifizierung vor dem Hintergrund der Evaluationsergebnisse vorgesehen.

quenzen und die Auswirkungen auf den (schon jetzt schwer händelbaren) RSA und damit auf die Liquidität und Rentabilität der Kassen sind derzeit nicht absehbar. Eine Hochrechnung anhand der Daten der GEK zeigt, dass, wenn alle von den vier ausgewählten Krankheitsbildern betroffenen Versicherten in die DMP-Programme eingeschrieben wären, ein Drittel aller Leistungsausgaben darin gebunden und damit der normalen Verteilung entzogen würden.

10.4.7.3 Präventive Programme der Rentenversicherung

Als ein Beispiel für einen primärpräventiven Ansatz im Rahmenkonzept der Rentenversicherung kann das Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung genannt werden. Dieses fußt auf einer Initiative der BfA in den 70er Jahren „Gesundheit selber machen“. Der Patient soll kompetent im Hinblick auf seine Gesundheit und im Umgang mit seiner Krankheit werden. Hierzu sollen dem Rehabilitanden Wissen und Fertigkeiten vermittelt werden, um trotz krankheitsbedingter Einschränkungen ein angemessenes Leben im Beruf und Alltag zu führen. Der Rehabilitand soll in seiner Rolle als selbstverantwortlicher Partner und Verwalter seiner Gesundheit unterstützt werden. Das Gesundheitstrainingsprogramm zielt damit auf eine Veränderung des Lebensstils, auf Wissen, Einstellungen und Überzeugungen des Rehabilitanden. Dieser ist als Lernender aktiv.

Das Programm „Aktiv Gesundheit fördern“ des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) beruht auf dem Modell der Gesundheitsförderung unter Einbeziehung von psychologischen und sozialen Aspekten (Salutogenese). Danach sollen nicht nur Risikofaktoren abgebaut werden, sondern Stärken und Ressourcen des Rehabilitanden auf- und ausgebaut werden. Verschiedene Seminareinheiten beschäftigen sich mit den Grundlagen der Gesundheitsbildung, den Schutzfaktoren, Essen und Trinken, Bewegung und körperlichem Training, Stress und Stressbewältigung und Alltagsdrogen. Die aktuelle Version steht seit Herbst 1999 zur Verfügung. Das Gesundheitsbildungsprogramm wird gegenwärtig in einer Studie des Reha-Forschungsverbundes evaluiert, Ergebnisse liegen noch nicht vor.

Die BfA hat ergänzend ein Gesundheitstrainingsprogramm für einzelne Krankheitsbilder entwickelt, das sowohl indikationsspezifisch auf bestimmte Krankheitsgruppen (z.B. Herz-Kreislauf, Atemwegserkrankungen, Orthopädie, Onkologie) als auch themenspezifisch ausgerichtet ist und verpflichtend für alle ihre Rehabilitationseinrichtungen ist. Dabei werden spezielle Kenntnisse und Fertigkeiten für den kompetenten Umgang mit einer Erkrankung und krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen vermittelt. Das Programm wird in Form von Schulung und Beratung angeboten. Dies erfolgt unter anderem in der ärztlichen Beratung als Information zur Krankheit, zur aktuellen und weiteren Behandlung, zur Krankheitsakzeptanz und zur Motivation zu einer Verhaltensänderung. Hierzu zählen auch die Ernährungsberatung, die Lehrküche, Angehörigengespräche, Gespräche mit Betriebsangehörigen, Gruppen zur Motivationsförderung oder spezielle Schulungen zu einzelnen Krankheitsbildern. Die Einbeziehung von sozialen und Umweltbedingungen ist wichtig, der Veränderung der Lebensverhältnisse unter Berücksichtigung sozialer und öko-

nomischer Faktoren kommt große Bedeutung zu. Großer Wert wird dabei auch auf die soziale Unterstützung gelegt, die durch Selbsthilfe in konkreten Situationen gewährleistet wird.

10.4.7.4 Durchführung und Inanspruchnahme

Im Rahmen eines von der BfA geförderten Forschungsprojekts zu Leitlinien in der kardialen Rehabilitation wurden die Angaben der Kliniken zu den durchgeführten therapeutischen Leistungen, die im Rahmen der Qualitätssicherung routinemäßig erhoben werden, ausgewertet und mit den Therapieanforderungen aus der internationalen Fachliteratur verglichen. Dabei zeigte sich, dass mit einzelnen Therapiemodulen nicht alle Patienten im gleichen Ausmaß erreicht wurden, d.h. nicht alle Patienten durchgängig leitliniengerecht behandelt werden. Während nahezu alle Rehabilitanden in ausreichendem Maße Therapien im Sinne von Ausdauertraining und Motivationsförderung erhielten, gab es deutliche Unterschiede bei Leistungen wie beispielsweise Krankheitsmanagement oder Ernährungsberatung.

Darüber hinaus ließen sich (tendenziell) alters- und geschlechtsspezifische Varianzen zeigen. Eine abschließende Bewertung dieser Ergebnisse steht noch aus. Keine genauen Aussagen konnten darüber gemacht werden, inwieweit die durchgeführten Maßnahmen langfristig auch zu Verhaltensänderungen geführt haben.

Nach Selbstauskunft der Rehabilitanden in der Patientenerhebung nehmen die Mehrzahl der Patienten an wissens- und verhaltensbezogenen Schulungsmaßnahmen während der medizinischen Rehabilitation teil. Die Inanspruchnahmerate ist abhängig von der Indikation. Einen ausgesprochen hohen Stellenwert hat die Patientenschulung bei Patienten mit Diabetes mellitus (Teilnahmequote 99 %).

In den beiden größten Indikationsgruppen der Rehabilitation, chronische ischämische Herzkrankheit und chronischer Rückenschmerz, fällt die Inanspruchnahme von gesundheitsbildenden Maßnahmen nach Patientenaussage mit 64 % bzw. 86 % etwas geringer aus. Die Zufriedenheit mit der durchgeführten Schulung ist bei Rehabilitanden mit Diabetes mellitus wiederum am stärksten ausgeprägt. Verhaltensempfehlungen für den beruflichen, häuslichen und Freizeitbereich werden vom Großteil der Rehabilitanden rückblickend als sehr nützlich bewertet.

Nach Forschungsergebnissen zu indikationsspezifischen Patientenschulungsprogrammen konnten strukturierte, interdisziplinär angelegte Programme, die multidisziplinär unter Patientenbeteiligung entwickelt worden waren, ihre Überlegenheit gegenüber unstrukturierten Informationen durch den Arzt nachweisen. Dies betraf u.a. den Wissenszuwachs, die Selbstwirksamkeitserwartung und auch ein besseres Outcome bei sozialmedizinischen Daten (Krankheitstage, Berentung).

Nach Einschätzung der befragten Experten haben die Versicherten (ebenso wie die Anbieter) den Prozess von der bis 1983 bestehenden eher unspezifischen Kur (mit seinem eher negativen Image, „Kurlaub“) sehr deutlich nachvollzogen und sich dem aktiven Rehabilitationsprozess angepasst. (Psychologische) Hilfestellungen zum

Umgang und zur Bewältigung krankheitsbedingter Probleme sowie das Erlernen von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen werden von vielen Versicherten heute als wichtiger Bestandteil der Rehabilitation gesehen (Rische, Löffler 1998).

Auch die Grundhaltung gegenüber behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen hat sich nach Haines (2002) in den letzten Jahren spürbar verändert.. Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gilt inzwischen als legitimes Ziel dieser Menschen, folglich gelten Rehabilitation und Teilhabe sowie die darauf gerichteten Sozialeistungen als notwendiges Instrumentarium öffentlicher Verantwortung, nicht mehr als sozialstaatlicher „Wohlstandsspeck“, den man „gewähren“ und fortführen – oder entsprechend der aktuellen Kassenlage und der aktuellen Finanzplanung auch „abspecken“ – kann. Allerdings ist gegenüber chronisch kranken Menschen eine derart gewandelte Grundhaltung weit weniger spürbar.

10.4.7.5 Defizite

Deutliche Defizite bestehen z.B. im Bereich der Stressbewältigung. Es gibt im Rahmen der Krankenversorgung zu wenig Möglichkeiten, die Teilnahme an entsprechenden Programmen zu realisieren, ohne die Betroffenen mit einer Krankheitsdiagnose aus dem psychischen Bereich zu belegen.

Als defizitär werden auch Programme für adipöse Kinder bezeichnet. Angemahnt wird von den befragten Experten ein nationales Programm in diesem Bereich. Gleiches gilt für spezifische Programme für ältere sowie für psychisch kranke und behinderte Menschen. Ebenso wird die gesamte geriatrische Rehabilitation als vernachlässigt angesehen.

Bezogen auf den Nikotinabusus, dessen Schädlichkeit und immense Auswirkungen auf die Gesundheitslage ausreichend nachgewiesen sind, werden seit Jahrzehnten begrenzte Programme aufgelegt, die nicht zu einer wesentlichen Reduzierung des nationalen Tabakkonsums führen konnten. Wirksame Maßnahmen sind aus internationalen Aktionen bekannt und erfordern eine konsequente Vorgehensweise insbesondere auf politischer Ebene (konsequentes Werbeverbot, Einschränkung der Zugänglichkeit des Zigarettenverkaufs durch Automaten, Erhöhung der Tabaksteuer, s. detailliert Sachverständigenrat 2001). Auf Anregung der Bundesministerin für Gesundheit und soziale Sicherung ist eine nationale Anti-Tabak-Kampagne in den Koalitionsvertrag der Regierung vom Herbst 2002 aufgenommen worden.¹¹

Im Bereich der Alkoholabhängigkeit ist es momentan – angesichts einer i.d.R. einsetzenden Suchterkennung und –behandlung – leider noch üblich, dass viele Rehabilitanden schon mehrere Jahre abhängig sind, regelmäßig erhebliche Mengen von Alkohol konsumieren und von weitgehenden Beeinträchtigungen im sozialen Umfeld betroffen sind. Dies führt bei der Rehabilitation zu einem erheblichen Aufwand mit

¹¹ Andererseits prüft (November 2002) derzeit die Bundesregierung rechtliche Schritte gegen das von der EU vorgesehene Tabak-Werbe-Verbot.

entsprechenden Kosten. In diesem Zusammenhang ist vor allem problematisch, dass (1) die Krankenversicherung lediglich für die Entgiftung Alkoholabhängiger zuständig ist. (2) Die Rentenversicherung kann erst dann eine Rehabilitation anbieten, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist. (3) Für den schädlichen Gebrauch von Alkohol (d.h. vor dem Eintreten einer Abhängigkeit) fühlt sich keiner der Kostenträger primär zuständig. (4) Die niedergelassenen Ärzte, die einen großen Teil der Alkoholabhängigen im Rahmen allgemeinärztlicher Tätigkeiten behandeln, sind für eine Screeningdiagnostik und motivierende Gesprächsführung nicht ausreichend ausgebildet, haben daran nur wenig Interesse und werden für ihre Leistungen von der Krankenversicherung nicht ausreichend honoriert (s. Kap. 4).

Im Bereich der Suchtrehabilitation gibt es in einem ‚zweiten Teil‘ der medizinischen Rehabilitation die sog. Adaption, in der wohnungs- und arbeitslosen Rehabilitanden ein spezielles Programm zur beruflichen Wiedereingliederung angeboten wird. In den letzten Jahren wurden die Einrichtungen über die Wichtigkeit einer engen Verzahnung zwischen den unterschiedlichen Leistungsformen eingehend informiert, im Suchtbereich gibt es gegenwärtig intensive Bemühungen der Einrichtungen in Zusammenarbeit mit den Kostenträgern, arbeitsbezogene Anteile der medizinischen Rehabilitation mehr nach den konkreten Anforderungen des aktuellen Arbeitsmarktes auszurichten. Aus Untersuchungen ist bekannt, dass der Erfolg einer Rehabilitationsbehandlung (in diesem Sinne Vermeidung von Rückfall) wesentlich davon beeinflusst wird, ob die Betroffenen über einen Arbeitsplatz verfügen oder nicht.

10.4.7.6 Nachsorge

Im Bereich der Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, neurologische Erkrankungen und seit 2001 psychische Erkrankungen (jedoch nicht für onkologische Erkrankungen) bietet die BfA seit einigen Jahren die intensivierete Rehabilitationsnachsorge (IRENA) an. Anspruchsberechtigt sind Versicherte, die nach § 15 SGB VI rehabilitiert werden. Die von den Rehabilitationskliniken zu empfehlende Nachsorge wird mit Kooperationspartnern und ambulanten Zentren durchgeführt und beinhaltet über sechs Wochen 3 x 90-minütige gruppentherapeutische Angebote (übende Verfahren, problemorientierte Gruppenarbeit, Entspannungsverfahren). Sie soll den Rehabilitanden die Möglichkeit geben, im Anschluss an eine Rehabilitation insbesondere verhaltens-, übungsbezogene oder lebensstilverändernde Lern- und Erfahrungsprozesse in den beruflichen und familiären Alltag zu transferieren und den Rehabilitationserfolg zu sichern. In der intensivierten Maßnahme wird als weiterer wichtiger Effekt eine Verklammerung zwischen der stationären Rehabilitation und der hausärztlichen Nachsorge gesehen.

Die häufigste Inanspruchnahme liegt im Indikationsgebiet Orthopädie. Insgesamt ist – nach einer zunächst sehr zögerlichen Inanspruchnahme aufgrund eines geringen Bekanntheitsgrades – eine steigende Verbreitung zu verzeichnen.

Allerdings ist das Konzept nicht flächendeckend, nicht für alle Diagnosen und nicht für alle Träger verfügbar. Die Krankenkassen bieten ein derartiges Nachsorgeprogramm nicht an, aber weitere (jedoch nicht alle) Rentenversicherungsträger wie die z.B. die LVA; teilweise bestehen hier Kooperationen. Auf Ebene des Verbands der Deutschen Rentenversicherer (VDR) wird derzeit versucht, die unterschiedlich ausgestalteten Nachsorgeprogramme zu vereinheitlichen.

Die ambulante Rehabilitation wurde inzwischen auf über 72 trägerübergreifend gemeinsam genutzten, vorrangig in Ballungsräumen angesiedelten Zentren ausgebaut. Einer regionalen Flächendeckung steht die Forderung nach einer hochwertigen Qualifikation entgegen. Insgesamt bestehen in der ambulanten Rehabilitation Finanzierungsprobleme, Abgrenzungsprobleme der Schnittstellen sowie Informations- und Beratungsdefizite bei allen Beteiligten. In der GKV wird der ambulanten Rehabilitation ein „Not-Dasein“ bescheinigt. Zudem liegen keine klar ausformulierten ambulanten Rehabilitationsleistungsgesetze in der GKV vor. Auch für ein von niedergelassenen Ärzten gesteuertes Nachsorgeangebot bestehen derzeit weder Leistungsgesetze noch Verträge mit den Krankenkassen (Schwartz 2002a, Schwartz, Sperling 2002, Klein-Lange, Schwartz, Sperling 2003).

Im Bereich der Suchtrehabilitation gibt es schon seit vielen Jahren die ambulante Nachsorge in zugelassenen Suchtberatungsstellen über die Dauer von einem halben Jahr (in der Regel 20 Einzel- oder Gruppengespräche).

Hinsichtlich der ergänzenden Leistungen (§ 44 SGB IX), die aus fachlicher Sicht als Verstetigungsangebot von Seiten der Versicherten stärker in Anspruch genommen werden sollten, besteht eine Verpflichtung zur Information und Einleitung. Allerdings bestehen teilweise Kapazitätsprobleme, insbesondere bei den Herzsportgruppen, von denen ca. 5.000 existieren. Die Durchführung präventiver Maßnahmen ist eng an die zur Verfügung stehenden Budgetmittel gekoppelt. Wird das Budget zu 100 % ausgeschöpft, wie im Jahre 2001 z.B. bei der BfA geschehen, ist ein zusätzliches Leistungsangebot finanziell nicht mehr möglich. Präventive Maßnahmen, die zu möglichen Einsparungen bei aufwändigen Reha-Leistungen in der Zukunft führen, belasten zunächst einmal das Budget zusätzlich. Die Unsicherheit über diese zukünftigen Einsparungen belastet Überlegungen zur Ausweitung dieses Budgets.

Um finanzielle Auswirkungen von präventiv lenkenden Eingriffen abschätzen zu können, werden konkretere Erkenntnisse darüber gefordert, wie hoch die vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen konstatierte Unter- und Fehlversorgung im Bereich von Prävention und Rehabilitation ist.

10.4.8 Einbindung und Förderung der Selbsthilfe (§§ 20, 22, 29 SGB IX und § 31 SGBVI)

Einen wichtigen Stellenwert hat die Zusammenarbeit mit und die Vermittlung in Selbsthilfegruppen während und nach der Rehabilitation. Gerade bei chronischen Erkrankungen (insbesondere Suchterkrankungen) können diese eine entscheidende Hil-

fe zur langfristigen Stabilisierung des Krankheitsbildes, bei der Vermeidung von erneuten Krankheitsepisoden bzw. Rückfällen und bei der Krankheitsbewältigung (z.B. Onkologie) spielen. Die Beratung durch Betroffene (peer counseling) sollte gefördert werden (Winter, Sindermann 2002).

Die Einbindung der Selbsthilfe in die Rehabilitation wird – ebenso wie die der Behindertenverbände – mit ihrer Vertretung in den Facharbeitsgruppen (nicht aber im Ausschuss) von den befragten Experten als gut bezeichnet. Die Beteiligung der Behindertenverbände wird jedoch unterschiedlich gehandhabt. Generell sollten sie frühzeitig einbezogen werden (Deutscher Bundestag 2002a).

Eine Absprache der Rehabilitationsträger zur nach § 29 SGB IX gesetzlich verpflichteten Förderung nach einheitlichen Grundsätzen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zur Prävention, Früherkennung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten/Behinderungen erfolgte bislang nicht.

Die Einrichtungen der Selbsthilfe werden derzeit unabhängig und nicht systematisch nach den jeweiligen Richtlinien der einzelnen Träger gefördert. So werden z.B. von den Rentenversicherungen nach § 31 SGB VI u.a. die Rheumaliga und die deutsche Krebshilfe unterstützt als auch Rehabilitations-Forschungsprojekten mit diesem thematischen Schwerpunkt gefördert (s. ausführlich Kap. 6).

Weiterhin wird die enge Verbindung von Rehabilitationsnachsorge und Selbsthilfe im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der BfA kontinuierlich thematisiert und bei der Betreuung der Reha-Einrichtungen durch die BfA (Bewertung von therapeutischen Konzepten und Visitationen) berücksichtigt. Dies umfasst sowohl die Patientenbefragung nach Rehabilitation, die Einzelfallprüfung im Rahmen des Peer Review-Verfahrens, die Dokumentation und Bewertung der während der Rehabilitation erbrachten therapeutischen Leistungen wie auch die Erarbeitung von Reha-Leitlinien. Im Zuge der Weiterentwicklung dieser Dokumentationsinstrumente und -verfahren sollten gerade Aspekte von Nachsorge und Selbsthilfe zukünftig noch stärker berücksichtigt werden.

10.4.9 Forschung

Gesundheitsbezogene Forschung wird als erforderlich und ein Engagement der Rehabilitationsträger in der Forschung und Lehre von den befragten Experten als wichtig erachtet, um frühzeitig sozialmedizinisches und rehabilitatives Know-How in die Praxis mit einzubeziehen.

Zum Abbau des erheblichen Defizits in der wissenschaftlichen Fundierung der rehabilitativen Versorgungspraxis wurde von der Deutschen Rentenversicherung und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ für sechs Jahre mit der acht Forschungsverbänden eingerichtet. Ziel ist es, die Qualität der Forschung und steigern sowie eine Infra-

struktur für eine zu langfristig hochrangige Forschung in Deutschland zu etablieren (Wasem, Aidelsburger, Krauth 2002).

Aussagen zur Forschungsförderung werden im SGB IX nicht gemacht. Das (ehemalige) Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hat jedoch in Abstimmung mit dem Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen drei vorrangige Felder für die Forschungsbegleitung des Umsetzungsprozesses für das SGB IX ausgewählt: (1) die Einrichtung gemeinsamer Servicestellen, (2) behinderte Frauen und berufliche Teilhabe unter der besonderen Berücksichtigung von Frauen mit Betreuungspflichten sowie (3) die Vernetzung betriebsärztlicher und ambulanter Strukturen zur frühzeitigen Erkennung eines individuellen Bedarfs für Leistungen.

10.4.10 Berichte (§§ 24 und 66 SGB IX)

Im Jahr 2004 müssen Berichte von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zu den Servicestellen und von der Bundesregierung zur Lage behinderter Frauen und Männer sowie zur Entwicklung ihrer Teilhabe vorliegen sowie eine zusammenfassende Darstellung und Bewertung der Aufwendungen zu Prävention, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit erfolgen. Auf ihrer Basis sollen unter Berücksichtigung und Bewertung der mit dem SGB IX getroffenen Regelungen Optimierungen vorgeschlagen werden.

In Vorbereitung der Berichtspflicht wurde in der BAR die Arbeitsgruppe „Flankierende Maßnahmen“ mit einer Unterarbeitsgruppe „Qualitätssicherung, Servicestellen“ eingerichtet. Ihre Aufgabe ist es, die Kriterien für den Bericht (z.B. Auswahl der zu dokumentierenden Fälle, Ausgestaltung der Datenerhebung) festzulegen, anhand derer die einzelnen Träger die benötigten Informationen zur Berichterstattung an die BAR weiterleiten.

10.5 Zusammenfassung und Fazit

Das 2001 in Kraft getretene SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – bündelt die u.a. in der Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Rentenversicherung, der Kinder- und Jugendhilfe und der Arbeitsförderung enthaltenen rehabilitativen Leistungsgesetze (ohne selbst ein Leistungsgesetz zu sein) und führt die Rehabilitation mit der Neuausrichtung am biopsychosozialen Krankheitsverständnis und der Förderung von Selbstbestimmung und Partizipation sowie der Teilhabe am Lebens in der Gemeinschaft weit über die zuvor bestehenden Einzelgesetzgebungen hinaus.

Die Rehabilitation bietet mit ihrem Ziel, drohende oder vorliegende Schädigungen zu verhüten oder ihrer Verschlimmerung vorzubeugen, bestehende gesundheitliche und soziale Ressourcen zu nutzen und zu optimieren, Einschränkungen zu kompensieren sowie Barrieren abzubauen oder zu vermeiden vielfältige Ansätze zur primären, se-

kundären und tertiären Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei bezieht das SGB IX nicht nur behinderte, sondern ausdrücklich auch chronisch kranke Menschen ein.

10.5.1 Realisation und Optimierung der Prävention in der Rehabilitation

Zuständig für die Finanzierung der Rehabilitation sind sieben verschiedene Trägergruppen, die sämtliche Leistungen oder Leistungsteilbereiche – medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – übernehmen. Nicht einbezogen wurde – vermutlich aufgrund fehlender Leistungsgesetze – die soziale Pflegeversicherung, obwohl gerade ihr in der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit die größte Rolle zukommen sollte.

Um einen für die Versicherten möglichst schnellen und reibungslosen Ablauf bei der Antragstellung und der (auch trägerübergreifenden) Leistungsgewährung zu ermöglichen, wurden die Träger im SGB IX zur Zusammenarbeit und Absprache verpflichtet. Hier wird noch erheblicher Fortentwicklungs- und Anpassungsbedarf gesehen.

Als eine erste trägerübergreifende Anlauf- und Beratungsstelle werden derzeit in mindestens jedem Landkreis und kreisfreier Stadt eine Servicestelle eingerichtet. Wie die bislang sehr geringe Inanspruchnahme zeigt, ist ihr Bekanntheitsgrad allerdings noch zu gering. Hier ist eine intensivierete Öffentlichkeitsarbeit erforderlich.

In der Rehabilitation besteht ein Missverhältnis zwischen dem Bedarf und der tatsächlichen Inanspruchnahme, so dass insgesamt eine rehabilitative Unterversorgung in Deutschland zu verzeichnen ist. Besonders betroffen sind arbeitslose Versicherte und Angehörige unterer sozialer Schichten.

Bislang erfolgte eine Rehabilitation aufgrund aktiver Antragstellung des über die Möglichkeiten der Rehabilitation informierten Versicherten – was durchaus auch positiv gesehen wird. Es ist jedoch zu überlegen, inwieweit zukünftig auch aufsuchende Verfahren einbezogen werden sollten, um gezielt chronisch kranke und behinderte Menschen anzusprechen und zu erreichen. Eine aktive Ansprache der Versicherten kann nach Identifizierung anhand von Routinedaten z.B. von Krankenkassen erfolgen. Dieser Weg eröffnet zugleich die Möglichkeiten frühzeitiger Rehabilitation. Darüber hinaus ist ein verstärkter Einbezug der Betriebsärzte denkbar und sinnvoll. Bedauert wird, dass der ÖGD seine Beratungstätigkeiten deutlich eingeschränkt hat. Gerade über diese Einrichtung wäre ein besserer Zugang zu insbesondere sozial Benachteiligten möglich. Auch die Servicestellen müssen in Zukunft Wege finden, die dazu beitragen, das Missverhältnis zwischen der Inanspruchnahme und Bedürftigkeit zu mindern.

Verstärkte Aufmerksamkeit erfordert auch die frühzeitige Erkennung und Durchführung der Rehabilitation. Kritische Zielgruppen bzw. Bereiche sind vor allem Kinder, Ältere (geriatriische Rehabilitation) und Suchtabhängigkeit.

Bei der frühzeitigen Erkennung, aber auch der Nachsorge, insbesondere bei Problemgruppen, ist eine Zusammenarbeit mit vielen Akteuren erforderlich. Sie ist eine gesundheitspolitische und gesamtpolitische Aufgabe, die auch eine eindeutige Positionierung der Politik zur Rehabilitation erfordert, um nachhaltige Akzeptanz sowohl in der Bevölkerung als auch den Gesundheitsprofessionen zu ermöglichen.

Sofern das Ziel verfolgt wird, durch eine vermehrte Diagnose rehabilitationsbedürftiger Erkrankungen und gezielter Einleitung von Reha-Maßnahmen vermehrt Leistungen zur Rehabilitation durchzuführen, um krankheitsbedingten Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit früher entgegen zu wirken, muss davon ausgegangen werden, dass solche Bemühungen zunächst zu Mehrausgaben führen. Insoweit müsste gewährleistet werden, dass hierfür ausreichende Budgetmittel zur Verfügung stehen.

Insgesamt sollten sich präventive Bemühungen verstärkt am tatsächlichen individuellen Bedarf orientieren und dabei insbesondere versuchen, soziale Benachteiligung auszugleichen. Dies gilt auch für die präventiven Programme während der Rehabilitation. Hier liegen z.T. differenzierte Angebote vor. Ein Defizit besteht u.a. für ältere sowie psychisch kranke Menschen.

Eine deutliche Unterversorgung besteht in dem Bereich der Nachsorge. Strukturierte Programme werden nur ansatzweise von einzelnen Rehabilitationsträger für einige Indikationsbereiche, weder flächendeckend noch langfristig angeboten. Auch ergänzende Leistungen, wie z.B. die sehr gut in Anspruch genommenen Herzsportgruppen, stehen nicht im ausreichenden Umfang zur Verfügung. Zur Förderung und Intensivierung der Nachsorge wird ein Honorar für Hausärzte vorgeschlagen zur Beratung und Weiterführung der Patienten nach der Rehabilitation. Der Bereich der Nachsorge sollte dringend zur Sicherung der Nachhaltigkeit der rehabilitativen Effekte und ihrem Transfer in das Lebensumfeld der Rehabilitanden ausgebaut werden. Bei der Gestaltung und Durchführung sollten die Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen einbezogen werden (Winter, Sindermann 2002). Ansatzpunkte zur Optimierung gibt die Tabelle 10-3.

Tabelle 10-3: Präventive Handlungsfelder in der Rehabilitation

Aufgabenbereich	Wichtige präventive Handlungsfelder	Kooperationspartner der Rehabilitationsträger
Früherkennung von Rehabilitationsbedarf	Entwicklung von Indikationshilfen, Identifizierung von Bedarf unter Nutzung der Routinedaten, Qualifizierung von Erziehern und Lehrern, Einbeziehung der Betriebsärzte, Einbeziehung des ÖGD in die Beratung, Öffentlichkeitsarbeit	Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe, Ärzte, ÖGD
Schulungen für chronisch Kranke	Entwicklung indikationsspezifischer Maßnahmen, Evaluation der Wirksamkeit	Selbsthilfegruppen, Ärzte
Maßnahmen während der Rehabilitation	Entwicklung zielgruppenorientierter Angebote z.B. für psychisch Kranke, Ältere, adipöse Kinder	Rehabilitationskliniken
Nachsorge	Schulungen, regelmäßige Refresherangebote	Ärzte, Selbsthilfegruppen, Sportvereine

Bei einem Ausbau der Prävention sollte die jeweilige fachliche Kompetenz und die bestehenden Strukturen berücksichtigt werden. Als Rentenversicherungsträger hat z.B. die BfA ein vorrangiges Interesse an Maßnahmen im Zusammenhang der betrieblichen Gesundheitsförderung, da diese sich am konkretesten auf den gesetzlichen Auftrag, die Sicherung der Erwerbsfähigkeit, beziehen können. Sie sieht sich in der Lage, im Rahmen konkreter Maßnahmen am Ausbau der Prävention zu beteiligen und diese in ihrem Verantwortungsbereich auch umzusetzen. Aufgrund der berufsbezogenen Ansatzweise der Rentenversicherung wäre dies am ehesten für den Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung vorstellbar, bei der mit Arbeitgebern, Arbeitsschutz und Krankenkassen (und den Berufsgenossenschaften) zusammengearbeitet werden müsste. Dabei wären Modellprojekte für die Bereiche der frühen Intervention bei Suchterkrankungen, der Stressbewältigung, der Raucherentwöhnung und der „Rückenschule“ zur Verringerung der vorhandenen Defizite vorrangig sinnvoll.

Zur Überwindung sozialer Versorgungsungleichheit und einer verbesserten Integration der Rehabilitation in das Lebensumfeld der Betroffenen wird der wohnortnahe Ausbau der medizinischen Rehabilitation als ein zukünftiger Kernbereich des Gesundheitssystems gesehen (Winter, Sindermann 2002).

Zur Strukturbildung und Qualitätsförderung sollte neben einer weiteren Förderung der Forschung und Lehre (z.B. Stiftungsprofessur¹²) auch Projekte zum Transfer präventiver Kompetenz in die Mediziner Ausbildung und anderen Berufsgruppen erfolgen.

10.5.2 Weiterentwicklung der Prävention und präventiver Strukturen

Als erster Schritt wird die Festlegung klarer und gemeinsam getragener, langfristiger Gesundheitsziele gesehen, die auch Sozialziele enthalten sollten (Winter, Sindermann 2002). Die Debatte um Gesundheitsziele, die bereits regional, landesweit und national geführt wird, muss konsequent verfolgt und unterstützt werden, auf entsprechende Vorarbeiten (z.B. gesundheitsziele.de) sollte zurückgegriffen werden.

Präventive Maßnahmen benötigen zudem überschaubare Strukturen, eine kontinuierliche Koordination und eine ausreichende Finanzierung. Dabei sollten nach Ansicht der befragten Experten aktuelle Aktions- und Finanzspielräume erhalten bleiben und keine neuen Organisations- oder Verwaltungsstrukturen geschaffen werden, die unangemessenen Verwaltungsaufwand ohne wirkliche Entscheidungskompetenz zur Folge hätten. Für ein gemeinsames Vorgehen wird es als wichtig angesehen, dass die beteiligten Akteure nachvollziehen können, dass ihr jeweiliger finanzieller Beitrag in konkrete Maßnahmen eingeleitet wird. Im Interesse schlanker, verwaltungsarmer Strukturen im Gesundheitswesen sollte verstärkt auf bereits vorhandene Organisatio-

¹² An der Medizinischen Hochschule Hannover wird ein erster Stiftungslehrstuhl zur Prävention und Rehabilitation eingerichtet.

nen zurückgegriffen werden und deren ressortübergreifende Kompetenz intensiver gefördert werden.

Der Aufbau einer neuen Institution, z.B. in Form einer Stiftung Prävention bzw. eines gemeinsamen Fonds für Prävention, wird von den befragten Experten skeptisch beurteilt. Eine solche neue Organisation könnte die ihr zugewiesenen Aufgaben nur wahrnehmen, wenn die bisher schon vorhandenen und auf verschiedene Beteiligte verteilten Ressourcen gebündelt, bzw. ihr bestimmte Aufgaben, die bisher von den Beteiligten in eigener Verantwortung wahrgenommen wurden, in eigener Regie zugewiesen würden. Vor allem müssten diese Aufgaben über eine reine Koordinierungsfunktion hinausgehen. Die angestrebte Ressourcenbündelung würde jedoch aufgrund der bislang unterschiedlichen gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen bei den einzelnen Leistungsträgern mit den jeweiligen Leistungs-, Vertrags- und Finanzverantwortungen kollidieren. Letztlich wird die Gefahr gesehen, dass mit einer zusätzlichen Institution eine neue Regulierungsebene mit entsprechend neuen und zusätzlichen Schnittstellen und Kosten entsteht.

Als nächster Schritt sind Konzepte zu entwickeln, wie präventive Maßnahmen unter Berücksichtigung der bestehenden Rahmenbedingungen umgesetzt werden können. Sofern sich zeigen sollte, dass hierfür neue gesetzliche Regelungen erforderlich sind, ist es jedoch von großer Wichtigkeit, den Akteuren im Gesundheitswesen ihren Handlungs- und Finanzspielraum zu erhalten und langfristig Planungssicherheit zu gewährleisten. Grundsätzlich hat sich das gegliederte Sozialleistungssystem mit der risikoorientierten Aufgabenzuordnung aus Sicht der Rentenversicherung bewährt. Auf Vorarbeiten aus anderen Zusammenhängen sollte zurückgegriffen und ein vor-eiliger Aktionismus sollte vermieden werden. Sämtliche Planungen und ein abgestimmtes Vorgehen erfordern eine kooperative und koordinierte Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure.

Entsprechende Planungen müssen sich auch mit der Frage auseinandersetzen, was die einzelnen Maßnahmen kosten bzw. welche Folgekosten, aber auch welches langfristige Einsparungspotenzial damit verbunden ist. Ohne ein klares Finanzkonzept haben entsprechende Überlegungen und Planungen keinen Sinn. Eine eindeutige Zuordnung zur Finanz- und Haushaltsverantwortung muss aber gewährleistet sein.¹³ Unter sozialpolitischen Aspekten sollte auch der nicht-monetäre Nutzen im Sinne der Verhinderung von Erkrankungen bzw. der Verbesserung von Lebensqualität berücksichtigt und positiv gewürdigt werden.

Für präventive Maßnahmen in Deutschland ist zu fordern, dass die Bemühungen um ein einheitliches Vorgehen sich nicht auf eine gemeinsame Aktion der Akteure im Gesundheitswesen beschränken dürfen. Wichtige Bereiche und Ressorts (Städtebau, Verkehr, Umwelt, Wirtschaft, Finanzen) müssen für eine Teilnahme gewonnen wer-

¹³ Da z.B. die BfA als Rehabilitationsträger die Verantwortung primär für Leistungen zur Rehabilitation trägt, wären aus dieser Sicht Beteiligungsmöglichkeiten an einer Stiftung Prävention oder einem gemeinsamen Fonds Prävention nur in sehr geringem Umfang gegeben, ebenso wäre eine klare Zuordnung von Ausgaben schwierig.

den. Als ermutigendes Beispiel wird das englische „White-Paper“ „Saving Lives: Our Healthier Nation“ von 1998 gesehen, mit der ressortübergreifend konkrete Konzepte und Maßnahmenbündel mehrerer Ministerien im Dienste einer nationalen Präventionsanstrengung vorgesehen wurden.

10.5.3 Gesetzliche Einzeländerungen und übergreifendes Präventionsgesetz

Abschließend wird unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der befragten Experten eine Einschätzung zur Notwendigkeit einer Begriffsvereinheitlichung, gesetzlichen Einzeländerungen und einem übergreifenden Präventionsgesetz gegeben.

10.5.3.1 Begriffsbestimmung Prävention

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtsverbände, der deutsche Behindertenrat und der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen fordern in ihrem gemeinsamen Eckpunktepapier einen einheitlichen, mit verbindlichen Inhalten zu füllenden Präventionsbegriff für alle Sozialgesetzbücher und relevanten Gesetze. Dieser sollte in Einklang mit den Gesundheitszielen stehen und sich an den Kriterien der Zielorientierung, Bedarfsgerechtigkeit und Wirksamkeit orientieren (Winter, Sindermann 2002).

Aus Sicht des Rentenversicherungsträgers BfA wird dagegen eine für alle Leistungsträger einheitliche gesetzliche Begriffsdefinition von Primär-, Sekundär, und Tertiärprävention nicht befürwortet. Dazu wird auf die Spezifität einzelner Leistungsgesetze der unterschiedlichen Leistungsträger verwiesen. Auch zu einer Stärkung der Prävention insgesamt würde ihrer Ansicht nach eine solche einheitliche gesetzliche Definition der Prävention allein nicht beitragen.

10.5.3.2 Gesetzliche Einzeländerungen

Die bestehenden Gesetze werden derzeit als ausreichend erachtet. Aufgabe der nächsten Zeit ist es, sie voll umzusetzen und mit Leben zu füllen. Solange dies nicht erfolgt ist, wird ein Bedarf für weitere gesetzliche Änderungen zugunsten chronisch Kranker zum derzeitigen Zeitpunkt von den Reha-Trägern kaum gesehen.¹⁴

Im Hinblick auf den Umfang und die Intensität präventiver Elemente in der Rehabilitation der Rentenversicherung wird für die Praxis von Vorteil gehalten, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen nur die Ziele der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation) beschreiben und damit den Rentenversicherungsträgern sowie ihren Selbstverwaltungen Gestaltungsspielräume zur konkreten Ausgestaltung von Leistungen zur Teilhabe eröffnen. Eine stärkere Verzahnung von Arbeitgebern, Krankenkassen, Rentenversicherung etc, wird als notwendig erachtet.

¹⁴ Von ministerieller Seite wird befürchtet, dass die Reha-Träger unter Verweis auf das neue Gesetzesprojekt die Umsetzung des bereits geltenden Rechts weiterhin eher zögerlich angehen werden.

Ein wesentlicher gesetzlicher Mangel stellt jedoch die Nichteinbeziehung der sozialen Pflegeversicherung in die Trägerschaft der Rehabilitation dar. Die Pflegeversicherung kann derzeit auch aufgrund eines fehlenden Leistungsgesetzes im SGB XI (s. Kap. 11) ihre im Prinzip originäre Aufgabe der Vermeidung des Auftretens bzw. der Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit durch Prävention und Rehabilitation nicht wahrnehmen. Hier besteht zweifacher gesetzlicher Handlungsbedarf.

10.5.3.3 Übergreifendes Präventionsgesetz

Ein übergreifendes Präventionsgesetz wird von den befragten Experten unterschiedlich bewertet.

Die befragten Träger der Rehabilitation (Rentenversicherung), die derzeit stark in die Umsetzung des SGB IX involviert sind, stehen einem übergreifenden Präventionsgesetz eher skeptisch gegenüber. Als erforderlich wird gesehen, Begriffsabklärungen vorzunehmen und Aufgaben zusammenzutragen. Der Prozess wird insgesamt als technisch schwierig und langwierig eingeschätzt. Ein Nutzen wird als unsicher eingeschätzt.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtsverbände, der deutsche Behindertenrat und der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen fordern in ihrem gemeinsamen Eckpunktepapier die im SGB IX übernommene Erweiterung des Rehabilitationsgedankens um Partizipation und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben als Vorbild für eine zukünftige Gesundheitspolitik zu nehmen. In diesem Sinne könnte auch ein übergreifendes Präventionsgesetz einen entsprechenden Leitgedanken integrieren. Der Perspektivwechsel von einer Abkehr von der Dominanz der Akutmedizin hin zu einem Zielen verpflichteten flexiblen und integrierten Versorgungssystem muss durchgängig in allen relevanten Gesetzen verankert werden (Winter, Sindermann 2002).

Ein weiterer interviewter Experte beurteilt die Zusammen- und Weiterführung sämtlicher verhaltens- und verhältnisbezogener gesetzlicher präventiver Regelungen als sinnvoll, da nur dadurch eine Weiterentwicklung des Präventionsgedankens bewirkt werden könne. Sonst bestehe die Gefahr, dass die einzelnen Bestrebungen durch widerstrebende Kräfte zurückgedrängt werden, die verhindern, dass der Präventionsgedanke positiv weitergeführt wird. Durch ein eigenständiges Präventionsgesetz erhält die Prävention einen höheren Stellenwert und machtvollere Tools, als wenn sie lediglich als Nebenregelungen in Gesetze eingebunden ist. Ein übergreifendes Präventionsgesetz bietet die Chance einer konstruktiven Zusammenarbeit der Akteure. Als notwendig wird hierzu eine gesetzliche Verankerung von Kooperationen gesehen.

11 Soziale Pflegeversicherung – SGB XI

Nach über zwanzigjähriger Diskussion trat die 1994 verabschiedete Pflegeversicherung am 01.01.1995 in Kraft. Mit gleichem Datum begannen die Beitragszahlungen, ab 01.04.1995 wurden ambulante und ab 01.07.1996 stationäre Pflegeleistungen gewährt.

Die Konzeption der Pflegeversicherung erfolgte mit dem Ziel, vor dem Hintergrund des demographischen Wandels eine Grundversorgung zu gewährleisten und damit die Situation Pflegebedürftiger zu verbessern sowie zugleich die Sozialhilfeträger zu entlasten.

Im folgenden Kapitel wird der Bezug der Pflege zur Prävention herausgearbeitet und die Umsetzung der präventiven rechtlichen Regelungen in der Pflegeversicherung (SGB XI) analysiert.

Grundlage für das vorliegende Kapitel sind (1) eine *Analyse der Literatur* und (2) *schriftliche Stellungnahmen*, die vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS, Uwe Brucker, Fachgebietsleiter Pflege II und Dr. Dagmar Hutzler, Fachgebietsleiterin Ambulante Versorgung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen), Essen und vom Deutschen Pflegerat (DPR, Marie Luise Müller, Präsidentin des Deutschen Pflegerats sowie Ute Herbst, stellvertretende Präsidentin), Wiesbaden, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeberufe, vorliegen. Mit den Autoren/innen der Stellungnahmen wurde jeweils (3) ein vertiefendes *Interview* geführt. Das Gespräch mit Frau Marie Luise Müller sowie Frau Ute Herbst, Deutschen Pflegerat, wurde in Hannover durchgeführt, das Interview mit Herrn Uwe Brucker, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, erfolgte telefonisch.

11.1 Prävention und Pflege

Von ca. 2,02 Mio. Pflegebedürftigen werden 1,44 Mio. ambulant in Privathaushalten versorgt. Die Versorgung erfolgt bei 1,03 Mio. allein durch Angehörige, professionelle Pflegeleistungen werden von 415.000 Menschen in Anspruch genommen (Statistisches Bundesamt 2001). Die Hauptverantwortung für die Pflege trägt dabei in der Regel eine Person, in 80 von 100 der Fälle ist es eine Frau. Solange das primäre Netzwerk der pflegenden Angehörigen in der Familie existiert, scheint die Versorgung durch die Familie gesichert. Leben die Angehörigen nur im Nahbereich (labile Netzwerke) oder im Fernbereich (prekäre Netzwerke) nimmt die Unterstützungswahrscheinlichkeit ab und die Wahrscheinlichkeit des Umzuges in ein Pflegeheim nimmt zu.

Der Trend zur Individualisierung und Singularisierung in den Haushalten wächst. Die Bereitschaft, als Angehörige in der Familie selbst zu pflegen, nahm von 1982 bis 1996 von 41 % auf 20 % ab (Blaumeiser 2001). Dabei besteht ein positiver Zusam-

menhang von Pflegebereitschaft und einer eher traditionell ausgerichteten Lebensgestaltung, die häufig verbunden ist mit geringeren Bildungs- und Finanzressourcen (Blinkert, Klie 1999).

Insgesamt wird die Nachfrage an Pflegeleistungen im ambulanten Bereich ansteigen, das Gesamtangebot hingegen wird abnehmen bzw. stagnieren. Ohne die Bereitstellung einer entsprechenden Infrastruktur wird im häuslichen Bereich mit einer Versorgungslücke gerechnet.

Sowohl der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001), als auch der Dritte und Vierte Altenbericht der Bundesregierung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001 und 2002c) weisen vor dem Hintergrund der demographischen Transition und der bestehenden Finanzierungsrisiken im Gesundheitswesen auf die Bedeutung der Prävention vor und in der Pflege und deren bislang ungenutzten Potenziale in der älteren Bevölkerung hin (s. auch Kruse 2002, Walter 2001). Die Arbeitsgruppe 5 „Stärkung der Prävention“ des Runden Tisches“ (2001, S. 16) konstatiert: „erhebliche präventive Potenziale bestehen auch bezüglich der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bzw. ihrer Progression durch den frühzeitigen Einsatz von adäquaten Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung, der sozialen Betreuung, der Grund- und Behandlungspflege, notwendige Heil- und Hilfsmittel sowie Rehabilitationsmaßnahmen.“

Der Zusammenhang von hauswirtschaftlichem Unterstützungsbedarf und Hineinwachsen in die Pflegeversicherung ist gut bekannt. Dieser Zusammenhang wurde in British Columbia – wo bis 1994 hauswirtschaftliche Unterstützung bei beginnender Pflegebedürftigkeit gewährt wurde und einige Gemeinden diese Leistungen auch nach 1994 beibehalten haben – für Kanada untersucht. Die Studie (Hollander, Tessaro 2001) vergleicht Gesundheitszustand, Pflegebedürftigkeit, Sterblichkeits- und Institutionalisiertensrate sowie Kosten der Gruppe mit beibehaltener und mit gekürzter hauswirtschaftlicher Unterstützung retrospektiv über einen Zeitraum von drei Jahren. Die Gruppe mit hauswirtschaftlicher Unterstützung weist eine niedrigere Sterblichkeitsrate, weniger Krankenhausaufenthalte und eine geringere Anzahl von Übersiedlungen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe auf. Zudem wird in dieser Studie deutlich, dass die Nicht-Unterstützung einer kleineren Gruppe von Bedürftigen auf längere Sicht betrachtet, mehr Kosten verursachen kann, als die zusätzliche Unterstützung von Menschen, die auch ohne diese Hilfe gut zurecht kommen.

Von hoher medizinischer Relevanz ist die Entstehung von Sekundärerkrankungen bei Pflegebedürftigen (Dekubitus, Pneumonie, Thrombose, Gelenkkontraktionen, aufsteigende Harnwegsinfekte u.a.), die ihrerseits zu weiteren, behandlungserforderlichen Komplikationen führen. Ausreichende Prävention könnte den Betroffenen Leidensdruck ersparen, ihre Lebensqualität deutlich erhöhen und medizinischen und pflegerischen Zusatzaufwand reduzieren.

Die Kosten für präventive Pflegeinterventionen sind im Vergleich mit den alternativ dazu entstehenden Therapiekosten eher marginal. Volkswirtschaftlich würde sich die Unterstützung präventiver pflegerischer Interventionen wahrscheinlich günstig aus-

wirken, weil sie aufwändige medizinische Interventionen, verbunden mit Krankenhauskosten sowie pflegerischen Zusatzkosten (Behandlungspflege u.ä.) einsparen könnte.

Nach einer Auswertung internationaler Studien über erfolgreiche präventive Maßnahmen zur Pflegebedürftigkeit (Weidner, Ströbel 2002) zeigen folgende Maßnahmen nachweisbare Wirksamkeit im ambulanten Bereich:

- fachliche Beratung und das Leisten von Beziehungsarbeit,
- Programme mit systemischem Ansatz, d.h. die Einbeziehung einer umfassenden Perspektive der Betroffenen und ihrer Umgebung (multidimensionale und multidisziplinäre Ansätze); solche Programme sind assessmentgestützt und beinhalten Folgeassessments und Folgebesuche, um Planung und Maßnahmen zu evaluieren sowie eine situationsabhängige Anpassung des Präventionsplanes zu ermöglichen,
- aktive Unterstützung in Form von Vermittlung weiterer Dienstleistungen, Koordinationsabsprachen und Schulungen von bereits Hilfebedürftigen,
- Durchführung von Maßnahmen mit qualifiziertem Personal,
- zielgruppenorientierte Maßnahmen über mindestens zwei Jahre.

Zudem sind Präventionsangebote im Bereich Pflege dann erfolgreich, wenn sie als Bringangebote organisiert sind, die in Form eines Hausbesuches durchgeführt werden. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, die eher weniger aktiv für die eigene Gesundheit sorgen, können über aufsuchende Zugangswege vergleichsweise gut erreicht werden.

Erbracht werden können diese Angebote durch die Berufsgruppe der Pflegenden, aber auch die der Sozialarbeit. Die Leistungserbringer sollten folgendes Anforderungsprofil aufweisen:

- breites gesundheitsbezogenes Fachwissen,
- Vertrauen von Betroffenen und Akteuren zu den Durchführenden,
- Case-Managementfähigkeiten und die Kompetenz zu Kooperation und Koordination.

Aufgabe der medizinischen Versorgung älterer bis alter Kranker insbesondere in der Geriatrie ist es, Rehabilitationspotenziale zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu erkennen. Ein Ziel ist es dabei, Möglichkeiten der Wiederherstellung oder Kompensation von Einschränkungen, die Pflegebedürftigkeit zur Folge haben können, zu erkennen. Die in diesem Zusammenhang entwickelten Assessments und Skalen sind Instrumente zur Erfassung und Beschreibung von funktionellen Aktivitäten, die zur selbständigen Lebensführung notwendig sind. Nicht beschrieben wird darin regelmäßig der Unterstützungs- und Hilfebedarf des Betroffenen.

Die pflegewissenschaftliche Herangehensweise sieht beim individuellen Betroffenen Beeinträchtigungen, die Hilfe erfordern und zur Pflegebedürftigkeit führen. Im Zentrum des Handelns steht hier neben der Unterstützung der Heilung der ursächlichen Krankheit die Gestaltung und Bewältigung des Alltags. Pflegebedürftigkeit wird hier

als Prozess eingeschränkter Selbstfürsorge formuliert, wodurch die Aktivitäten des täglichen Lebens und Bereiche des Lebens nicht selbstständig bewältigt und gestaltet werden können. Der Pflegebedarf wird mit der Methodik des ‚Pflegeprozesses‘ ermittelt und qualitätsgesichert. Beim Pflegeprozess handelt es sich um eine Reihe von aufeinander aufbauenden Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungsschritten, eine zielorientierte Problembearbeitungsmethode im Sinne eines mehrschrittigen mit wiederholter Evaluation und Neuanpassung (Juchli 1994).

Unbestritten ist die strukturelle Bedeutung der Pflege bei der Prävention und Gesundheitsförderung. Pflegende stellen die größte Gruppe unter den Gesundheitsdienstberufen dar und verfügen in den einzelnen Versorgungssettings über häufigen bzw. zeitintensiven Kontakt zu Patienten. Darüber hinaus definiert sich heute Pflege als eine ganzheitliche, personenbezogene Dienstleistung, deren übergeordnetes Ziel es ist, die Selbständigkeit der Klienten zu erhalten, so weit wie möglich wieder herzustellen oder sie zu einem befriedigenden Krankenhausmanagement zu befähigen.

11.2 Prävention als Aufgabe der Pflege

In der Pflege besteht seit längerem sowohl national als auch international Einigkeit darüber, dass sie sich nicht nur auf die Bewältigung von Krankheit und Hilfsbedürftigkeit der zu Pflegenden konzentrieren soll, sondern zugleich zur Aufgabe hat, die individuell vorhandenen Ressourcen und verbliebenen gesundheitlichen Potenziale der Pflegebedürftigen im Sinne von Gesundheitsförderung zu fördern. Auch in der theoretischen Weiterentwicklung der Krankenpflege spielt die Hinwendung zur Gesundheitsförderung eine wesentliche Rolle. Ziel moderner Pflege-theorien ist es, zur größtmöglichen Gesundheit des einzelnen Menschen und seiner Umgebung beizutragen. Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen stellen demnach eine grundlegende Verpflichtung sowie einen integralen Bestandteil von professioneller Pflege dar (Schaeffer 2000).

11.2.1 Prävention im Pflegeverständnis

Die Berücksichtigung von Prävention und Gesundheitsförderung als Inhalt und Aufgabe professioneller Pflege geht wesentlich auf die WHO-Deklaration von Alma-Ata zurück (WHO 1978). Der hier formulierte Ansatz von Primary Health Care wird vom International Council of Nurses (ICN) aufgegriffen und unterstützt. Mit dem „ICN-Code for Nurses“ werden Grundsätze der Gesundheitsförderung und Prävention als grundlegende Verantwortlichkeiten von Pflegefachkräften definiert: Gesundheit fördern, Krankheit verhüten, Gesundheit wiederherstellen und Leiden lindern (Korporal, Dangel 2001). Damit sind sowohl primärpräventive als auch tertiärpräventive Aufgabenfelder im Umgang mit Krankheit angesprochen, in dem Pflegenden unterstützend und begleitend tätig sein sollen.

Die Unterteilung der Prävention in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention wird auch in der Pflege aufgegriffen. In dem Standard-Lehrbuch der Krankenpflege von

Juchli (1994) wird die Prävention als Element einer weiter gefassten Gesundheitsförderung dargestellt. Für die Pflege wurde eine hinsichtlich der Definition der WHO abweichende und sinnvoll erweiternde Ausgestaltung gewählt, allerdings ohne dass die Problematik des „engen“ Verständnisses von Krankheitsprävention vor allem auch im Hinblick auf Prävention im Alter problematisiert wird. Primäre, gesundheitsorientierte Prävention meint demnach eine gesunde Lebensführung, Hygiene, Gesundheitsbildung. Sekundäre, krankheitenbezogene Prävention erfasst und „bewältigt“ Risiken und Risikofaktoren. Tertiäre Prävention zielt ab auf die Folgen von Krankheiten dergestalt, dass Anpassungen erleichtert, Rückfälle weniger wahrscheinlich und Rehabilitationsmaßnahmen begünstigt werden (Kellnhauser et al. 2000, Juchli 1994). Nach Kruse (2002) umfasst Primärprävention in der Pflege Techniken zur Beratung und Aktivierung mit dem Ziel, Gesundheit, Selbständigkeit sowie körperliche und kognitive Leistungsfähigkeit aufrechtzuerhalten. Sekundärprävention ist daneben vor allem auf die Vermeidung einer Zunahme von Funktions- und Fertigkeitseinbußen nach Auftreten einer Erkrankung gerichtet. Der (rehabilitativen) Tertiärprävention ordnet Kruse die aktivierende Grundpflege zu.

Auch die pflegewissenschaftliche Forschung fordert Kooperations- und Vernetzungsaufgaben als mittelbare und Kommunikation und Beratung als unmittelbare Aufgaben der Gesundheitsförderung für die Pflege. Als Aufgaben stellen sich heute die Entwicklung eines umfassenderen Pflegeverständnisses und neuer pflegerischer Konzepte, in denen präventive Aspekte, Gesundheitserhaltung und -förderung, Rehabilitation, Probleme der Versorgung sowie Kommunikation und interaktive Aspekte eine zentrale Rolle spielen (Schneider 2002, Koch-Straube 2001, Olbrich 1995).

11.2.2 Berufliche Qualifizierung

Berufspolitisch wurde die Verantwortung der Pflege und der Pflegeberufe für Prävention und Gesundheitsförderung auf den europäischen Pflegekonferenzen 1987 und 2000 deutlich hervorgehoben. In der Erklärung der Gesundheitsminister vom Juni 2000 in München wurden die maßgeblichen Behörden in der europäischen Region der WHO gebeten, ihre Maßnahmen zur Stärkung der Pflege zu beschleunigen, damit sich die Rolle von Pflegenden in Public Health, Gesundheitsförderung und gemeindenaher Entwicklungsarbeit ausweiten kann.

Um die Kompetenzen der Pflegenden in Gesundheitsförderung zu erweitern, ist Deutschland seit 1998 am Fortbildungsprojekt Gesundheitsförderung für Pflegenden in der Europäischen Union (Public Health for Nurses) beteiligt (Brieskorn-Zinke 2002).

Gesundheitspolitisch wird den Pflegeberufen auch eine Verantwortung für Gesundheitsförderung und Prävention zugeschrieben. So wird Prävention als zentrales Ausbildungsziel im Kranken-, Altenpflege- und Hebammengesetz formuliert. Nach § 4 des Krankenpflegegesetzes (1993) soll die Ausbildung „zu einem verantwortlichen Mitwirken bei der Prävention, Diagnostik und Kuration von Krankheit befähigen und

dabei auf die Anregung sowie Anleitung zu gesundheitsförderndem Verhalten ausgerichtet sein“.

Bislang nimmt Prävention in der pflegerischen Ausbildung jedoch nur einen nachrangigen Stellenwert ein. Von 1.600 Stunden in der theoretischen Krankenpflegeausbildung sind nach dem bundesweit häufig verwendeten Oelke-Curriculum Prävention und Gesundheitserziehung nur in einem sehr geringen Zeitrahmen von 24 Unterrichtsstunden vorgesehen. Auch für die Rehabilitation sind nur 20 Stunden gesetzt (Walter et al. 2002a, Sachverständigenrat 2001a). Gesundheitsbezogene Themen i.w.S. (Gesunderhaltung und Gesundheitsversorgung) haben einen Anteil von ca. 20 % der theoretischen Fachausbildung in der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege. Die Pflegekräfte beginnen ihre berufliche Laufbahn eindeutig mit Defiziten in maßgeblichen Bereichen der Prävention einschließlich Rehabilitation in der Pflege.

Die bislang durch 17 verschiedene Ländergesetze geregelte Altenpflegeausbildung wurde durch ein im September 2000 verabschiedetes bundeseinheitliches Altenpflegegesetz ersetzt, ohne dass bisher allerdings eine deutliche Verbesserung der o.g. Defizite sowie der Qualifikation des Lehrpersonals erfolgte.

Der seit langem geforderten Novellierung der Krankenpflegeausbildung ist am 29. Mai 2002 vom Bundeskabinett zugestimmt worden, doch tritt die notwendige Anpassung der seit 1985 unveränderten Ausbildung in den Krankenpflegeberufen erst im Jahr 2004 in Kraft. Die bisherigen Berufsbezeichnungen werden dann ergänzt zu Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in und Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in. Beruflich Pflegende müssen sich in der Zukunft nicht mehr mit der Krankenpflege allgemein, sondern auch mit der Gesundheitspflege noch intensiver beschäftigen. Zugleich wird eine Verbesserung der Ausbildung durch eine Hochschul-Qualifizierung der Schulleiter und Lehrkräfte angestrebt.¹

Obwohl der Auftrag zur Prävention und Gesundheitsförderung in der Ausbildung der Pflegeberufe und in der Pflegeversicherung (s. Kap. 11.3) verankert ist, gibt es allerdings kein in sich schlüssiges und theoretisch abgesichertes Konzept für eine Gesundheitsförderung im direkten Kontakt mit den Patienten. Gesundheitsförderung wird zwar häufig als Teilaufgabe der Pflege ausgewiesen, als solche aber meist nicht weiter konkretisiert und präzisiert (Winter, Kuhlmeier 2002, Fichten 1998). Übergeordnete Konzepte z.B. der WHO, denen auch aus Sicht des deutschen Pflegerates für die Pflege eine große Bedeutung zugeschrieben wird, wirken sich auf die Praxis in Deutschland noch zu wenig aus. Nach wie vor prägt eine einseitige Akzentuierung

1 Eine Professionalisierungsschub erfolgte in den 90er Jahren mit der Etablierung von nahezu 50 Pflegestudiengängen. Ein deutlicher Anstieg ist auch in der Pflegeforschung zu verzeichnen (Schaeffer, Moers, Rosenbrock 2003). Allerdings setzt die derzeitige Forschung an den Pflegestudiengängen (noch) zu stark auf der Metaebene des Berufes an als die Praxis vor Ort zu reflektieren. Ein Problem der in (Fach-)Hochschulen ausgebildeten Kräfte wird in mangelnden Integrationsmöglichkeiten gesehen. Es fehlen sowohl Möglichkeiten zur finanziellen Besserstellung als auch der Übernahme besonderer Funktionen.

körperbezogener Maßnahmen und „handwerklicher Pflege“ in vielen Bereichen den Versorgungsalltag, wohingegen beispielsweise edukative, anleitende und beratende Aufgaben einer auf Gesundheits- und Autonomieerhalt zielenden Pflege eher vernachlässigt werden (Schaeffer 2000).

Wie ausführliche qualitative Interviews mit 32 ambulanten Pflegekräften in Hannover und Berlin² zeigen, können nur etwa die Hälfte der Befragten mit den Begriffen Prävention und Gesundheitsförderung umgehen. Eine klare inhaltliche Trennung von Prävention und Gesundheitsförderung ist den meisten Pflegekräften nicht möglich. Ein nicht unerheblicher Teil der Pflegekräfte setzt Prävention mit Gesundheitsförderung gleich. Problematisch erscheint ebenso eine Sichtweise bei einzelnen Pflegekräften, die Schwierigkeiten haben, den Begriff Gesundheitsförderung in Bezug zu Älteren und Hochbetagten zu setzen. Da sie Gesundheitsförderung im Sinne von „gesund machen“ verstehen, sehen sie kein gesundheitsförderndes Potenzial bei der Pflege von alten und kranken Menschen (Walter et al. 2002).

Die qualitativen Antworten der Pflegekräfte illustrieren damit das oben dargestellte Defizit und verdeutlichen den Aufklärungs- und Handlungsbedarf im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege.

11.2.3 Pflege im Rahmen der gemeindebezogenen Prävention

Insbesondere der Bereich der gemeindebezogenen pflegerischen Primärprävention ist in Deutschland in den vergangenen Jahren bis zur Grenze des nicht mehr Vorhandenseins zurückgefahren worden. So waren vor Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 auch in kleinen Kommunen die Gemeindegewerkschaften eine anerkannte und geachtete Instanz in der Pflege. Sie kannten „ihre“ Klientel persönlich und gut, waren mit deren sozialen Lebenslagen vertraut und konnten ihnen und ihren Familien und Nachbarn mit Rat und Tat weit über körperbezogene Handlungen hinaus zur Seite stehen (Koch-Straube 2000). Gemeindegewerkschaften waren i.d.R. gut informiert, in welchen Haushalten ihr persönliches, mehrfach tägliches Erscheinen, notwendig war, und wo ein eher informeller Kontakt ausreichend erschien.

Die Pflegeversicherung hat zwar erfolgreich die Etablierung eines „Pflegemarktes“ im ambulanten Bereich propagiert. Pflege ist dabei aber weitgehend reduziert auf die Erbringung von exakt definierten, kompensatorischen Leistungen der Grund- und (zunehmend weniger) der Behandlungspflege. Die pflegeverhindernden und netzwerkstabilisierenden Arbeiten, die zu den traditionellen Aufgaben einer Gemeindegewerkschaft gehörten, werden dabei vernachlässigt, so dass von einer wirksamen und nachhaltigen Präventionsstrategie im Rahmen der Pflegeversicherung bislang keine Rede sein kann.

2 Die Interviews mit den ambulanten Pflegekräften sowie weitere 32 Interviews mit niedergelassenen Ärzten wurden im Rahmen des BMGS-geförderten Projektes „Gesundheits- und Alterskonzepte von Ärzten und Pflegekräften in der ambulanten Versorgung älterer Menschen“ im ersten Quartal 2002 geführt (Projektleiter: Walter, Flick, Schwartz).

Diesem Thema wird – bereits dargestellt – bislang weder im Rahmen der Krankenpfleger- noch in der Altenpflegeausbildung Raum und Inhalt eingeräumt. Anders dagegen im Ausland. Betrachtet man alleine das Weiterbildungsspektrum, das der „Community Nurse“ in Großbritannien zu ihrer Spezialisierung angeboten wird, (z.B. Learning Disability Nurse, Children’s Nurse, Mental Health Nurse) oder die Ausbildung zum „Health Visitor“ (die meist in kommunalen Gesundheitszentren beschäftigt sind) sowie die Ausbildung zur „Public Health Nurse“ in Nordeuropa (Häkkinen 2002), so wird deutlich, dass in anderen Ländern eine gesundheitsbezogene kommunale Präventionsarbeit einen deutlich höheren Stellenwert als in Deutschland einnimmt.

11.3 Gesetzliche Regelungen

Die Tabelle 11-1 listet die gesetzgeberischen präventiven Regelungen in der Pflegeversicherung auf. Paragraphen mit besonders deutlichem Bezug zur Prävention sind mit Schraffur hervorgehoben. Damit sind neben den von Seewald und Leube (2002) identifizierten Regelungen sind weitere für die Prävention relevant (§ 37 SGB XI, s. Tab. 11-1).

Tabelle 11-1: Prävention und Rehabilitation in der Sozialen Pflegeversicherung, SGB XI, Schraffur= präventive Regelungen i.e.S.

Allgemeine Vorschriften		
§ 2	Selbstbestimmung	Ausrichtung der Leistungen auf Wiedergewinnung und Erhaltung der körperlichen, seelischen und geistigen Kräfte.
§ 5	Vorrang von Prävention und Rehabilitation	Hinwirkung der Pflegekassen auf Prävention, Kuration und Rehabilitation durch andere Leistungsträger, um Pflegebedarf zu vermeiden oder nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit diese zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
§ 6	Eigenverantwortung	Pflicht der Versicherten, durch gesundheitsbewusste Lebensführung, frühzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen und aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und medizinischer Rehabilitation Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, entsprechend auch während der Pflegebedürftigkeit
§ 7	Aufklärung, Beratung	Aufklärung und Beratung der Versicherten zur gesunden Lebensführung, Hinwirkung zur Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen. Unterrichtung der Pflegebedürftigen und Angehörigen über Pflegebedürftigkeit, Leistungen der Pflegekasse und anderer Träger.
§ 11	Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen	Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen bei der inhaltlichen und organisatorischen Gestaltung ihrer Leistungen eine aktivierende Pflege zu gewährleisten.
§ 17	Richtlinien der Pflegekassen	Gemeinsame und einheitliche Verfassung von Richtlinien zur Abgrenzung von Merkmalen der Pflegebedürftigkeit und zum Verfahren der Feststellung von ~.
§ 18	Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	Der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen prüft die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit sowie die Möglichkeit zur Ergreifung von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich Rehabilitation.
Leistungen im Hinblick auf Prävention und Rehabilitation		
§ 28	Leistungsarten, Grundsätze	Die Pflegeversicherung gewährt u.a. Pflegekurse für Angehörige und Ehrenamtliche. Ziel der Pflege soll auch eine Aktivierung der Pflegebedürftigen sein mit dem Ziel vorhandene Fähigkeiten zu erhalten bzw. verlorengewandene wiederzugewinnen, einer Vereinsamung der Pflegebedürftigen soll entgegengewirkt werden.

§ 31	Vorrang der Rehabilitation vor Pflege	Pflegekassen prüfen Möglichkeiten zur Rehabilitation und unterstützen Versicherte zur Inanspruchnahme, Verpflichtung zur engen Zusammenarbeit mit den Trägern der Rehabilitation.
§ 32	Vorläufige Leistungen zur Rehabilitation	Wird der Rehabilitationsträger nicht rechtzeitig tätig, kann die Pflegekasse vorzeitig ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen bei akutem Handlungsbedarf erbringen.
§ 37	Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	Anspruch auf Pflegegeld anstelle häuslicher Pflegehilfe, Voraussetzung: Sicherstellung der Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, Pflicht der Versicherten zur halb- (Pflegestufe I und II) bzw. vierteljährlichen Beratung durch Pflegedienste, Empfehlungen zur Qualitätssicherung durch Spitzenverbände der Pflegekassen, Verband der privaten Krankenversicherung und MDS.
§ 40	Pflegehilfsmittel und technische Hilfen	Pflegebedürftige haben einen Anspruch auf Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege, Linderung der Beschwerden oder Ermöglichung einer selbständigen Lebensführung, Überprüfung durch Pflegekasse, Pflegefachkraft, Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen, Hilfsmittel monatl. max 60 DM, technische Hilfsmittel i.d.R. leihweise, Zuschüsse zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes max. 5.000 DM je Maßnahme, Bestimmung der zu gewährenden Hilfen einvernehmlich durch die zuständigen Ministerien und den Bundesrat.
§ 45	Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	Pflegekassen sollen (selbst oder über andere Einrichtungen) Schulungsmaßnahmen für Angehörige und ehrenamtlich Tätige unentgeltlich anbieten, Rahmenvereinbarungen mit Trägern der anbietenden Einrichtungen.
Organisation		
§ 94	Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen	Erhebung u.a. zur Beratung über Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation, Leistungen und Hilfen zur Pflege, Koordinierung pflegerischer Hilfen.
§ 98	Forschungsvorhaben	Pflegekassen dürfen befristet Daten selbst auswerten mit Erlaubnis der Aufsichtsbehörde.
§ 100	Pflegestatistiken	Bundesregierung kann jährliche Erhebungen als Bundesstatistik anordnen, u.a. Ursachen der Pflegebedürftigkeit, Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation, ~ zur Erhaltung und Verbesserung der Pflegequalität, Bedarf an Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes. Der Medizinische Dienst ist gegenüber den statistischen Ämtern der Länder auskunftspflichtig.

Zwar ist in den gesetzlichen Bestimmungen des Pflegeversicherungsgesetzes (z.B. §§ 5 und 6 SGB XI) auch eine Verpflichtung der Pflege zu präventivem und rehabilitativem Handeln zu erkennen. Allerdings haben diese Bestimmungen der Pflegeversicherung eher intentionalen Charakter in Bezug auf Versicherte und die Sozialversicherungsträger, explizite Leistungsregelungen zur Prävention bestehen nicht.³

In der Zielsetzung unterscheiden sich Prävention und Rehabilitation im Bereich der Pflegeversicherung kaum. In beiden Fällen soll durch geeignete Maßnahmen sichergestellt werden, dass der Eintritt von Pflegebedürftigkeit verhindert oder hinausgezögert wird bzw. dass bereits bestehende Pflegebedürftigkeit durch geeignete Maßnahmen positiv beeinflusst wird.

Auch im SGB V werden pflegerische Belange tangiert. So regelt der § 11 (2) SGB V die Ansprüche der Versicherten auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und weiteren Leistungen, die notwendig sind, eine Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu

3 Einzige explizite präventive Leistung stellt das Angebot an Pflegekursen für Angehörige dar.

beseitigen oder zu mindern. Nähere Ausführungsbestimmungen und Richtlinien zur konkreten Umsetzung fehlen jedoch bislang. Als Folge werden – obwohl in etwa 20 % der individuellen Begutachtungen (Deutscher Bundestag 2001) die Möglichkeit und Notwendigkeit von Rehabilitation bei Antragstellern für Leistungen der Pflegeversicherung aus fachlicher Sicht für die Betroffenen bejaht werden – diese Leistungen überwiegend nicht realisiert.

Weiter heißt es dort: Leistungen der „aktivierenden Pflege“ und Eintritt der Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht. Allerdings fehlen bis heute dazu die notwendigen Ausführungsgrundsätze im Bereich der Pflegekassen.

11.4 Organisation

Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, die organisatorisch als Körperschaften des öffentlichen Rechts und eigener Satzung an die gesetzlichen Krankenkassen bzw. an die private Krankenversicherung angebunden wurden. Übergeordnete Aufgaben der Pflegekassen werden durch die entsprechenden Verbände der Krankenkassen wahrgenommen. Gleiches trifft für den Medizinischen Dienst in diesem Aufgabenbereich zu, auch die Verarbeitung der Daten erfolgt gemeinsam (Beske, Hallauer 1999).

Neben der gesetzlichen und der privaten Pflegeversicherung können auch die gesetzliche Unfallversicherung, Sozialhilfeträger – die bei Bedürftigkeit die limitierten Leistungen der Pflegeversicherung aufstockt – und (für Beamte) die Beihilfestellen für Leistungen der Pflege zuständig sein. Vereinheitlichende Bestimmungen auch mit Blick auf Prävention und Rehabilitation in der Pflege fehlen allerdings dazu.

Prinzipiell wird die pflegerische Versorgung als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen (§ 8 SGB XI). Die Länder sind dabei verpflichtet eine leistungsfähige, ausreichende und wirtschaftliche Infrastruktur bereitzustellen. Kritisiert wird, dass auf regionaler Ebene eine Übersicht über die Pflegeanbieter und ihr Leistungsangebot nicht besteht.

Ambulante Dienste entwickelten sich in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. Die ambulante Pflege wurde nicht zuletzt als wichtige Chance gesehen, Pflege nicht mehr krankheits-, sondern patientenorientiert zu verstehen, sie nicht mehr als Funktionspflege, sondern ganzheitlich mit personellem Bezug auszuüben und sich somit besser an menschlichen Grundbedürfnissen zu orientieren. Ab 1972 lösten die Sozialstationen als Organisationsform die Gemeindekrankenpflege ab. Die meisten von ihnen konzentrierten sich jedoch auf Krankenpflege, während die früher auch geleisteten vorbeugenden, kontakterhaltenden Besuche der Gemeindegewes-tern und – bei Bedarf – auch eine umfassende häusliche Versorgung inzwischen von vielen nicht mehr geleistet.

In den 80er und noch stärker in den 90er Jahren ist eine Diversifizierung der Leistungen zu beobachten, so dass Klienten – je nach Zuordnung zu bestimmten Pflege-

diensten – unterschiedliche ambulante Pflegeleistungen erfahren, von isolierten medizinorientierten Handlungen bis – vereinzelt – zu einer am ganzheitlichen Pflegeverständnis orientierten gesundheitsfördernden Pflege, die Angehörigeninformation und -beratung, Kommunikationsförderung, Wiederherstellung und Erhalt von Sozialkontakten in der Nachbarschaft und Beratung zu weiteren Hilfen einschließt.

11.5 Ausgaben

Der weitaus größte Ausgabenanteil der sozialen Pflegeversicherung entfällt auf pflegerische Leistungen (2000: 92,5 %). Da die Pflegekasse selbst keine Leistungen für präventive Maßnahmen zahlt, sind in diesem Bereich lediglich verwaltungsmäßige Ausgaben für Gutachten (und Koordination) zu verbuchen (2000: 1,6 % der gesamten Ausgaben). Forschungsleistungen wurden in den Jahren 1995-2002 finanziell nicht unterstützt. Die Ausgaben für Verwaltung sind mit 3,5 % vergleichsweise gering (Statistisches Bundesamt 2002).

11.6 Anreize

Der im Gutachten von Seewald und Leube (2002) dargestellte Sachverhalt, es gäbe für die Leistungsträger der Prävention und Rehabilitation keinen Anreiz, Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, wird von den befragten Experten bestätigt.

Sie monieren, dass statt einer Entlastung der Pflegeversicherung durch vor – oder parallel gestaltete Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation es die Politik der Kostenträger in den letzten Jahren eher sei, das Leistungsspektrum, welches in den fixen Kostenpauschalen der Pflegeversicherung enthalten ist, stetig zu erweitern. Obgleich diese Pauschalen der Pflegeversicherung seit ihrer Entstehung nicht verändert wurden, wurde der Leistungsumfang, der innerhalb dieser Pauschale von den Leistungserbringern (Pflegeeinrichtungen) zu erbringen ist, stetig ausgeweitet. So sind in stationären Pflegeeinrichtungen sämtliche behandlungspflegerischen und ebenso auch präventiven Leistungen kostenneutral durch die Einrichtung zu erbringen. Im ambulanten Bereich nimmt die Zahl der Pflegemaßnahmen zu, die trotz ärztlicher Anordnung nicht als Krankenkassenleistung i.S. der Behandlungspflege abrechenbar sind, da sie angeblich im Zusammenhang mit der Grundpflege, für die die Pflegeversicherung eine fixe Pauschale vergütet, erbracht werden könnten. Die Folge ist, dass Maßnahmen, wie z.B. das medizinisch indizierte Anziehen von Kompressionsstrümpfen, wenn es korrekt durchgeführt wird, die ohnehin knapp bemessene Zeit für Körperpflege und die damit verbundenen Pflegeprophylaxen erheblich reduziert.

Kritisch wird die Wahlmöglichkeit zwischen der Inanspruchnahme professioneller Leistungen und der Auszahlung von Pflegegeld bewertet. Ergebnisse einer Untersuchung zeigen, dass finanzielle Unterstützung kaum für professionelle Pflegearrangements verwendet wird. Gleiches gilt für die ausschließlich monetär erfolgenden Leistungen für im EU-Ausland lebende Pflegebedürftige. Ein zusätzliches Angebot

präventiver Maßnahmen wird in diesem Rahmen als problematisch und kaum realisierbar erachtet. Allerdings müssen dieser Bewertung politisch gewollte Effekte, vor allem die Übernahme der Pflege durch Angehörige aufgrund monetärer Anreize, gegenübergestellt werden.

Monetäre Anreize zu einer qualitativ hochwertigen pflegerischen, auch präventiv orientierten Versorgung bestehen bei der derzeitigen Finanzierung über fixe Pflegepauschalen auch nicht in professionellen Einrichtungen. Mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) 2002 wurde die Qualitätssicherung und die regelmäßige Überprüfung der Ergebnisqualität verstärkt. Als notwendig erachtet wird, dass diese z.B. auch die Beurteilung der Zufriedenheit dementer Personen durch (vorhandene) Instrumente der Beobachtung einschließt.

Die derzeit bestehende Einstufung in Pflegestufen mit steigender Leistungsgewährung bei zunehmendem Pflegegrad enthält auch gegenüber den Betroffenen und ggf. ihren Angehörigen keinerlei Anreiz zur Prävention und damit zur Vermeidung weiteren Pflegebedarfs. Es ist daher zu überlegen, inwieweit z.B. finanzielle Anreize zur Förderung des präventiven bzw. kompensatorischen Verhaltens für die zu Pflegenden, ihre Angehörigen und die professionell Pflegenden zukünftig gesetzt werden sollten.

11.7 Kooperationen

Gesetzlich sind die Pflegekassen vor allem zur Kooperation mit der gesetzlichen Krankenversicherung und den Reha-Trägern verpflichtet. Mit Anbietereinrichtungen für Pflegekurse sind sie aufgefordert, Rahmenvereinbarungen zu treffen.

Darüber hinaus bestehen weitere Kooperationen, die nachfolgend dargestellt werden (s. auch Abb. 11-1).

11.7.1 Sozialhilfeträger

In der stationären Altenhilfe kommt den Sozialhilfeträgern als Kostenträger zur Deckung der Differenz zur Pflegeversicherung eine große Bedeutung zu. Dies führt zu einer intensiven Zusammenarbeit zwischen den Pflegekräften und den Sozialhilfeträgern. Der Gedanke der Kooperation wird hierbei seitens der Pflege im Vergleich zu den Pflegekassen als stärker ausgeprägt empfunden, da die klientelbezogene Verständigung über einen längeren Zeitraum erfolgt und die Sozialhilfeträger aufgrund der für sie maßgeblichen Rechtsgrundlagen und der daraus entwickelten Verfahrensweise eher einzelfallorientiert denken.

11.7.2 Professionelle Pflege

Für die professionelle Pflege ist es wichtig, über die Regelung der Kostenfragen hinaus mitgestaltende Vertragsbeteiligte und -partner zu ein. Für den Bereich des SGB XI ist dies auch durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) zumindest auf Bundesebene rechtlich verpflichtend. Die professionelle Pflege ist z.B. auch nach § 137 SGB V eingebunden in die Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der Medizin AQS und in die BQS (Vertragsbeteiligte).

Bei den Pflegekräften ist vielfach eine unzureichende fachliche Kompetenz in der speziellen geriatrischen und gerontopsychiatrischen Betreuung zu konstatieren. Auch dadurch werden noch bestehende Präventionspotenziale nicht gesehen, Maßnahmen falsch eingesetzt, oder nicht angemessen umgesetzt. Andererseits werden diese Kompetenzen bislang von den Pflegekassen weder abgefragt noch honoriert.

Die Pflegekassen werden von der professionellen Pflege häufig weniger als Kooperationspartner, sondern mehr als Kontrolleure eingeschätzt; mit ihnen muss sich die professionelle Pflege auseinandersetzen, um Finanzierungen durchzusetzen. Insofern besteht aus Sicht der Pflege eher ein konfrontatives Verhältnis. Das gleiche gilt für den Medizinischen Dienst mit seinen Begutachtungs- und Kontrollaufgaben, obwohl er inhaltlich Partner der Pflege sein könnte.

Projekte in Kooperation mit Pflegediensten bestehen bislang nur vereinzelt und sind vor allem auf das Engagement einzelner Personen und nicht auf unterstützende Systemstrukturen zurückzuführen.

11.7.3 Ärzte

Die Ausgestaltung und Intensität der Kooperationen zwischen Pflegekräften und niedergelassenen Ärzten ist stark abhängig von dem Engagement der betreffenden Personen. Als positiv wird seitens der Pflegekräfte eine Zusammenarbeit erlebt, wenn sie fachlich akzeptiert werden und beratenden Einfluss haben.

Als problematisch wird auf der anderen Seite gesehen, wenn Hausärzte Visiten an den ambulanten Pflegedienst delegieren.

Interdisziplinarität und gleichberechtigte Kooperation zur tatsächlichen gemeinsamen Lösung von Problemen zwischen Ärzten und Pflegekräften besteht i.d.R. jedoch nicht. Oft wird nach Ansicht der Pflege seitens der Ärzte den Pflegekräften eine Kompetenz nicht zuerkannt. Dies spiegelt sich deutlich in dem traditionellen Muster der Anordnung von Pflege durch den Arzt und die Durchführung durch die Pflegekräfte wider. Pflege erlebt sich oft als Profession, die Defizite nur ausgleicht, nicht aber selbst gestalterisch zu ihrer Lösung beiträgt. Eine Ursache wird in dem mangelnden Selbstbewusstsein und der beruflichen Sozialisation der Pflege gesehen, die eine Erfahrung anderer Systeme der Zusammenarbeit nicht einschließt. Ähnliches trifft für die Ärzte zu.

Der Ausbildungs- und Wissenstand der niedergelassenen Ärzte wird der demographischen Entwicklung nicht gerecht. Gerontologisches Wissen und Kenntnisse über gerontopsychiatrische Personen haben bereits in der universitären und klinischen Ausbildung einen nachgeordneten Stellenwert. Dies führt in der Praxis dazu, dass Präventionspotenziale im Alter nicht wahrgenommen und aufgrund fehlender Konzepte nicht realisiert werden. So weisen Ergebnisse einer qualitativen Untersuchungen darauf hin, dass ein Viertel der befragten Hausärzte keine Ansatzpunkte sieht (Walter et al. 2002, s. auch Kap. 4).

Beobachtungen des MDK zeigen, dass pflegebegründende Diagnosen insbesondere bei gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern nicht dem Stand des Wissens entsprechend und damit nicht verlässlich sind. Hier bedarf es dringend einer Stärkung der geriatrischen Kompetenz der niedergelassenen Ärzte.

Erforderlich ist eine bessere Kooperation an den Schnittstellen. Kritisiert wird die oft zu schnelle Überführung vom Krankenhaus in ein Pflegeheim, die unter Einbindung ambulanter Unterstützungssysteme hinausgezögert werden könnte. Hier liegen präventive Potenziale, die vor allem durch ein gezieltes Schnittstellenmanagement optimierbar erscheinen. Hier sind neben den Krankenhausärzten auch die Mitarbeiter der Sozialdienste der Krankenhäuser anzusprechen.

Problematisch ist die Verkürzung der Liegedauer, die gerade bei hochaltrigen und multimorbiden Patienten zu Versorgungslücken führen kann. Erforderlich ist eine flächendeckende Umsetzung der sich in Modellprojekten (z.B. in Baden-Württemberg) als positiv erweisenden geriatrischen ambulanten Rehabilitation erforderlich, die sowohl das Wohnumfeld als auch die Angehörigen des Betroffenen mit einbezieht.

11.7.4 Sonstige Kooperationspartner

Physio-, Ergo- und Logotherapeuten übernehmen wesentliche Aufgaben in der Pflege-rehabilitation. Außerhalb von akut-stationären Institutionen werden sie nach Einschätzung der befragten Expertinnen zu wenig einbezogen. Besonders kritisch wird die Situation aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen und der Bereitschaft der Hausärzte zur Verordnung entsprechender Leistungen sowohl im Alten(Pflege-)heim als auch im ambulanten Bereich gesehen.

Die (inzwischen im Pflegequalitätssicherungsgesetz gesetzlich verankerte) Kooperation zwischen dem MDK und der Heimaufsichtsbehörde zeigt, dass eine Zusammenarbeit – auch ohne gesetzlichen Auftrag – vor allem dort funktionierte, wo es z.B. seitens der Länder ein starkes und aktiv verfolgtes Interesse bestand. Ohne einen solchen Nachdruck hängt die Durchführung und Ausgestaltung der Kooperation als besonders stark ab von den betreffenden Personen vor Ort.

11.8 Umsetzung der rechtlichen Regelungen

Im folgenden werden wesentliche rechtliche präventive Regelungen des SGB V und SGB XI im Bereich der Pflege hinsichtlich ihrer Umsetzung analysiert. Gesondert aufgeführt werden Beratungsleistungen. Übergreifende Barrieren und fördernde Faktoren in der Umsetzung werden abschließend zusammengefasst.

11.8.1 Richtlinien der Pflegekassen (§ 17 SGB XI)

Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben, wie gesetzlich vorgeschrieben, gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesverbände der Pflegeberufe und der Behinderten, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime sowie der Verbände der privaten ambulanten Dienste (AOK Bundesverband et al. 2001) Richtlinien über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit beschlossen (zuletzt geändert am 22.08.2001).

Pflegebedürftigkeit wird hier definiert als „ein Prozess, der durch präventive, therapeutische, bzw. rehabilitative Maßnahmen und durch aktivierende Pflege beeinflussbar ist“ (ebenda, S. 2). Die aktivierende Pflege soll dabei gemeinsam mit den Rehabilitationsmaßnahmen „dem Pflegebedürftigen helfen, trotz seines Pflegebedarfs eine möglichst weit gehende Selbständigkeit im täglichen Leben zu fördern, zu erhalten bzw. wiederherzustellen“ (ebenda, S. 2). Dabei soll u.a. bei der Leistungserbringung die Kommunikation der Pflegebedürftigen verbessert werden. Bei der Hilfe in Form von Unterstützung bei den pflegerelevanten Verrichtungen des täglichen Leben sollen noch vorhandene Fähigkeiten i.S. der aktivierenden Pflege erhalten, gefördert und auch verloren gegangene Fähigkeiten wiedererlernt und nicht vorhandene entwickelt werden. Wo es erforderlich ist, sollen die Verrichtungen teilweise oder vollständig von der Pflegekraft übernommen werden (ebenda, S. 6).

Vom zu berücksichtigenden Hilfebedarf ausgeschlossen werden in den Richtlinien Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, Maßnahmen zur Durchführung der beruflichen und sozialen Eingliederung sowie Maßnahmen zur Förderung der Kommunikation (ebenda, S. 7).

Im Rahmen der Begutachtung zur Klärung der Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit ist der MDK aufgefordert zu erheben, inwieweit Maßnahmen z.B. der Rehabilitation zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit erforderlich und möglich sind (ebenda, S. 10). Explizit soll der MDK auch Vorschläge für Maßnahmen der Prävention machen (ebenda S. 11).

In der Praxis spielen Empfehlungen des MDK zur Prävention allerdings eine noch geringere Rolle als Vorschläge zur Rehabilitation.⁴ Dies liegt in der Antizipation der vergütungsabhängigen geringen Praxisrelevanz mit begründet. Eine zukünftige Veränderung wird durch eine neue gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände zur geriatrischen Rehabilitation erhofft. Mit positiver Erwartung wird von einigen befragten Experten hervorgehoben, dass zunehmend Pflegekräfte sowohl bei den Kassen als auch beim MDK tätig sind.

11.8.2 Pflegeprophylaxen (§ 37 SGB V)

Präventive Maßnahmen, die ausdrücklich als „Pflegeprophylaxen“ bezeichnet werden, sind originäre präventive Pflegeaufgaben, die in der pflegerischen Versorgungspraxis weniger als Prävention, sondern vor allem als Bestandteil der Pflege wahrgenommen werden (Walter et al. 2002). Sie lassen sich in der Praxis der häuslichen Pflege jedoch z. T. nur bedingt durchführen lassen.

Pflegerische Prophylaxen sind keine verordnungsfähigen Maßnahmen. Die Richtlinien des Ausschusses Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. (1), Satz 2 Nr. 6, SGB V sehen vielmehr vor, dass sie in dem Maße, in dem sie notwendig sind (die Notwendigkeit soll offenbar von der Pflegefachkraft eigenverantwortlich eingeschätzt werden), als Bestandteil einer ärztlich verordneten Leistung der Grund- oder Behandlungspflege anzusehen sind. Dies gilt auch dann, wenn die für die Prophylaxe erforderlichen Maßnahmen von der Frequenz der durch den Arzt verordneten Pflegeleistung abweicht. Diese Regelung hat die praktische Folge, dass Pflegefachkräfte gegebenenfalls den Patienten ein zweites oder drittes Mal am Tag aufsuchen müssen, obgleich die verordnete Leistung nur einmal täglich zu erbringen ist und entsprechend vergütet wird. Wird die prophylaktische Maßnahme nach den Regeln der pflegerischen Kunst erbracht, bleibt der Betroffene voraussichtlich von einem Dekubitus, einer Gelenkkontraktur, einer Thrombose oder einer durch Orthostase bedingte Pneumonie verschont. Damit würde eine Ausweitung der Krankheitslast und eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit verhindert. Jedoch hat der betroffene Pflegedienst dann Leistungen erbracht, die unter Umständen nicht erstattungsfähig sind (Pflegeprophylaxen sind nicht im Leistungskatalog verankert). Aus Sicht der Wirtschaftsunternehmen, wie sie ambulante Dienste darstellen, kommt dies einer Aufforderung zur „Ehrenamtlichkeit“ gleich.

Aufgrund der fehlenden Verordnungsmöglichkeit von Prophylaxen wird in der Praxis erst dann wenn z.B. der Patient im Begriff ist einen Dekubitus zu entwickeln, eine Dekubitustherapie verordnet. Auf der anderen Seite wird ein Pflegedienst möglicherweise belangt, wenn er einen Dekubitus nicht rechtzeitig vorbeugt und verhindert.

In welchem Umfang professionelle Pflegekräfte in der ambulanten Pflege Prophylaxemaßnahmen tatsächlich durchführen ist unbekannt; objektive Daten dazu liegen

⁴ Daten liegen nicht vor.

nicht vor. Nach Selbstauskünften der Pflege erfolgen diese sehr häufig. Dem widersprechen regelmäßig aufgedeckte Fälle z.B. von Dekubitus sowohl im Rahmen stationärer wie ambulanter Pflege. Das deutliche Bekenntnis der Pflege zur Durchführung von Prophylaxen ist vor dem Hintergrund möglicher haftungsrechtlicher Konsequenzen auch als Schutzmaßnahme zu interpretieren.

Als positiv wird das Modell in Großbritannien bewertet, wo ein Prozent pauschal vom Hausarztbudget, das sog. Pflegebudget, von der Pflege selbst verantwortet wird und sie aus einem vorgesehenen Leistungskatalog Maßnahmen verordnet. Im Rahmen eines Monitorings erfolgt ein Austausch mit dem Hausarzt.

Eine andere Situation liegt in Deutschland in der akut-stationären Pflege vor. Hier kann aus der Dokumentation der Anteil der Prophylaxen sehr deutlich abgelesen werden. Es gehört zum therapeutischen Konzept sowohl prä-, als auch intra- und postoperativ Prophylaxen zu betreiben, was in den meisten Fällen stimmig mit dem ärztlichen Dienst abgesprochen wird. Nach Aussagen der befragten Experten erfolgt eine direkte ärztliche Anordnung im Rahmen der Pflege nur bei einem medikamentösen therapeutischen Ansatz, z.B. Gabe von Heparin zur Thromboseprophylaxe, oder bei der Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen. Dennoch zeigen Ursachenanalysen zum Auftreten von Dekubitusfällen in der Pflegepraxis, dass ein nennenswerter Anteil von Erstentstehungen in Pflegeperioden in akutstationären Einrichtungen rückverfolgt werden kann.

11.8.3 Aktivierende Pflege (§ 28 SGB XI)

Nach Eigenangaben verfolgt die überwiegende Mehrheit der Pflegekräfte einen ressourcen- und risikofaktorenorientierten Handlungsansatz (Walter et al. 2002). Allerdings stellt sich die Frage, inwieweit die häufig verbalisierte Ressourcenorientierung tatsächlich ausgeführt wird. Untersuchungen von Neumann et al. (1997) deuten auf eine deutliche Diskrepanz zwischen dem pflegerischen Alltagshandeln und nicht ausgeschöpften Potenzialen zur Förderung der Selbständigkeit zu Pflegenden hin.

Betrachtet man die Formulierung in § 28 Abs. 4 SGB XI, wonach die Pflege auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben soll, wird aus der Soll-Formulierung im Gesetz deutlich, dass die aktivierende Pflege als eine Schnittmenge von Prävention und Rehabilitation nicht als Ziel der Pflege im Sinne des SGB XI umgesetzt wird, sondern bestenfalls als ein erwünschtes Nebenprodukt (Weidner, Ströbel 2002).

Gestützt wird diese These auch dadurch, dass § 28 SGB XI weder dem Pflegebedürftigen einen leistungsrechtlichen Anspruch in die Hand gibt, noch Vergütungsgrundlage für professionelle Pflege sein soll. Es erscheint überdies fraglich, ob durch die rein kompensatorisch gedachte Funktion von Pflege im SGB XI die Erhaltung und Wiederherstellung der Selbständigkeit (im Alter) überhaupt realisiert werden kann. Der Begriff der „aktivierenden Pflege“ wird von den Akteuren des SGB XI mehr als Pflegeideal denn als erreichbare Pflegerealität und als Maxime ihres Han-

deln behandelt auch im Wissen darum, dass es zu ihrer Umsetzung einer anderen leistungsrechtlichen Absicherung bedürfte.

Einer realistischen Umsetzung der aktivierenden Pflege in der ambulanten und stationären Pflege steht derzeit auch die geringe Personalkapazität deutlich entgegen. Daneben wirkt sich die traditionell starke somatische und auf Defizite orientierte Pflege hemmend für eine fördernde und lebensweltbezogene Pflege aus.

Aus diesem Grunde wäre es wünschenswert, wenn der Gesetzgeber vom sog. sequenziellen Modell der Gesundheitsarbeit im Rahmen der Pflegeversicherung Abstand nehmen würde, wonach Pflege auf das Ende der Versorgungskette reduziert wird sowie auf die Betreuung und Versorgung von schwerstbeeinträchtigten Menschen im Sinne von kompensatorischer Funktionswahrnehmung. Dieses Verständnis, das auch die öffentliche Wahrnehmung prägt, wird zum Ausdruck gebracht durch das Prinzip „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“, dass von der Pflege selbst als diskriminierend erlebt wird. Damit einher geht eine öffentliche, intraprofessionelle und systembezogene Geringschätzung von Präventions- und Rehabilitationsmöglichkeiten und -ansätzen *in* der Pflege (Schwartz 2002) und damit auch der Möglichkeiten einer somatisch, psychisch und kognitiv aktivierenden, kompetenzsteigernden Pflege.

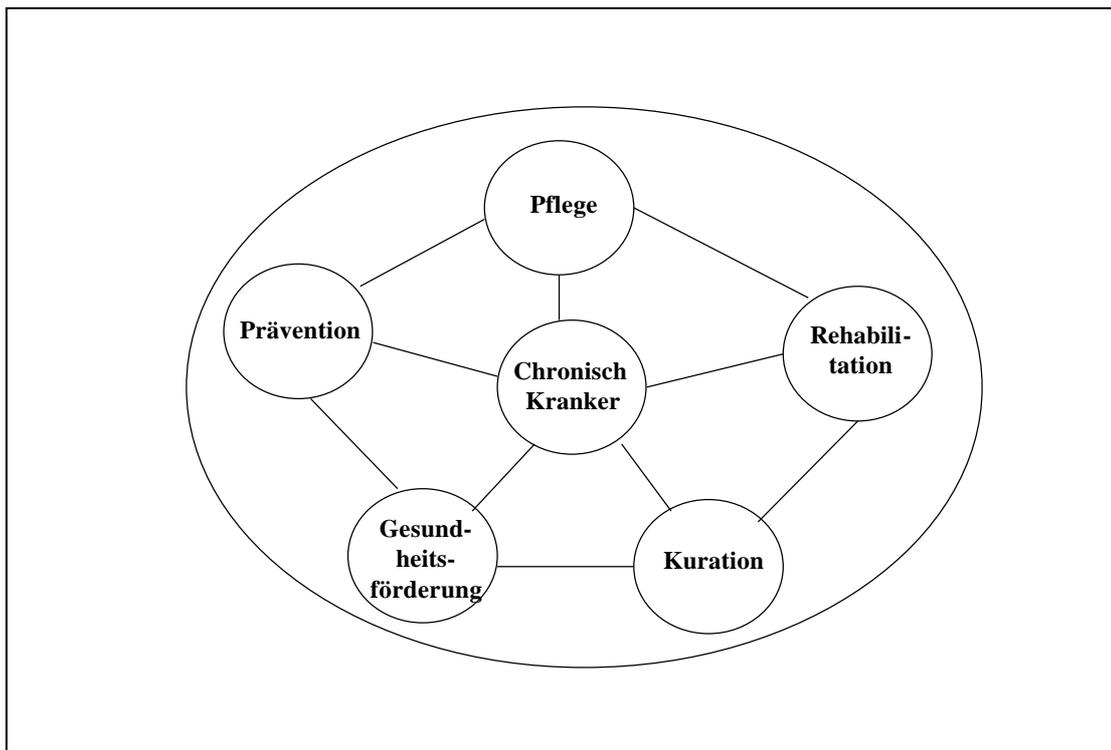


Abb. 11-1: Modell der Gleichzeitigkeit und Verzahnung bei nicht-sequentiellen Krankheitsverläufen (Schwartz, Helou 2000)

An die Stelle eines sequentiellen Modells, in dem die Pflege vielfach die „letzte Wiese“ wird, sollte das vernetzte Modell treten, wie es der Sachverständigenrat (1996 und 2001b) vorschlägt (s. Abb. 11-2). Hierbei wird die Notwendigkeit von Präventi-

on (und Rehabilitation) in jedem Versorgungsbereich betont. Das Prinzip „Prävention und Rehabilitation *in der Pflege*“ gibt der Pflege auch eine höhere professionelle Wertschätzung.⁵

11.8.4 Vorrang von Prävention und Rehabilitation (§§ 5, 31 und 32 SGB XI)

Nach § 5 SGB XI sollen die Pflegekassen auf Prävention und Rehabilitation durch andere Leistungsträger hinwirken, um Pflegebedarf zu vermeiden, oder um nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit diese zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. § 31 SGB XI unterstreicht den Vorrang der Rehabilitation vor Pflege. Die Pflegekassen sind aufgefordert die Möglichkeiten zur Rehabilitation zu prüfen und die Versicherten bei der Inanspruchnahme zu unterstützen.

In ca. 20 % der Begutachtungsfälle der Pflegebedürftigkeit werden durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) einzelne Rehabilitationsmaßnahmen wie z.B. Krankengymnastik, Sprach- oder Beschäftigungstherapie empfohlen. In seit 2000 überarbeiteten Formulargutachten sollen die Gutachter und Mitarbeiter der Pflegekassen für entsprechende Maßnahmen sensibilisiert werden (Deutscher Bundestag 2001).

Sowohl Prophylaxemaßnahmen als auch Rehabilitationsmaßnahmen werden von den Pflege- bzw. Krankenkassen jedoch nur sehr zögerlich übernommen. Genaue Daten liegen z.Zt. nicht vor.

Die rechtlich gegebene Möglichkeit der Pflegekassen bei nicht rechtzeitigem Tätigwerden der Rehabilitationsträger vorzeitig selbst ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen erbringen zu können wird derzeit nicht genutzt. Die gesetzlichen Pflegekassen haben sich im Wesentlichen auf die Mitförderung oder das Abwarten entsprechender Modellversuche beschränkt (Schwartz 2002). Von den Krankenkassen wird andererseits eher auf eine Verlagerung von traditionellen Leistungen des SGB V in das SGB XI hingearbeitet. Hierzu zählen z.B. Prophylaxen, das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Einreibungen, Verabreichungen von Medikamenten, Blutdruckmessung. Die angesprochenen gesetzlichen Regelungsbereiche und ihre Umsetzung zeigen in der Praxis deutlich, dass

- (1) eine bloße Aufforderung des Gesetz- oder Verordnungsgebers zur Hinwirkung von Leistungserbringung durch andere Leistungsträger nicht automatisch zur Gewährleistung und Durchführung an sich angezeigter Maßnahmen führt, insbesondere dann nicht, wenn
- (2) keine Identität der Interessen zwischen dem Kostenträger (Investor) und dem (monetären) Gewinner derartiger Maßnahmen besteht.

⁵ Weidner und Ströbel (2002) schlagen vor, die Teilaufgabe der Pflege – die Übernahme von alltäglichen Aktivitäten und Bereichen des Lebens – durch den Begriff „Kompensation“ zu ersetzen. Traditionell wird Pflege auf die Aufgaben des pflegerischen Handelns reduziert. Damit erhält die Pflege als Disziplin zahlreiche eigenständige Möglichkeiten.

Ein wesentliches Manko liegt folglich darin, dass nach dem SGB IX (s. Kap. 10) als Träger der medizinischen Rehabilitation zwar alle großen Sozialleistungsträger – Kranken-, Renten- und Unfallversicherung – aufgenommen worden sind, nicht jedoch die Pflegeversicherung. Damit ist der Weg zu einer eigenen „Rehabilitation in der Pflege“ versperrt (Schwartz 2002), eine freiwillige Substitution dieser Lücke durch andere aber nicht in Sicht.

Schwartz (2002) weist darauf hin, dass auch Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 5 SGB XI) für Pflegebedürftige relevant wären, aber nach § 6 SGB IX ebenfalls nur von den Trägern der Unfallversicherung, Sozialhilfe, Kinder- und Jugendhilfe und Kriegsopferversorgung und -fürsorge gewährt werden.

11.8.5 Pflegeeinsatz (§ 37 SGB XI)

Entsprechend § 37, Absatz (3) SGB XI sind Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, verpflichtet, einen Pflegeeinsatz bei einem ambulanten Pflegedienst je nach Pflegebedürftigkeit vierteljährlich oder halbjährlich abzurufen. Das Gespräch, das mehr beratenden als kontrollierenden Charakter haben soll, sollte in der Beurteilung der Versorgungssituation Vorschläge zu ihrer Optimierung und auch zur Ausschöpfung präventiver Potenziale enthalten.

Sowohl die erforderliche Gegenzeichnung der Beurteilung durch die zu Pflegenden als auch die sich untereinander im starken Wettbewerb befindenden beigezogenen Pflegedienste stellen jedoch Barrieren hinsichtlich einer tatsächlich kritischen Beurteilung dar. Stellt der zurate gezogene Pflegedienst Mängel in der Pflege fest, die er der zuständigen Pflegekasse meldet und für die er dem Betroffenen und seinen Angehörigen Beratung und Unterstützung anbietet, hat dies zudem in der Regel keine Konsequenzen, da eine Einflussnahme in die Pflegeentscheidungen der Angehörigen nicht vorgesehen ist.

Fast völlig außer Acht bleiben in der derzeitigen Diskussion gesundheitsfördernde Maßnahmen für Pflegepersonen selbst, die im ambulanten Bereich, meist im Rahmen der familiären Pflege ihre Dienste tun. Der Vierte Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland weist darauf hin, dass häusliche Pflegepersonen (nach § 19 SGB XI) im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in höherem Maße an Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Herz-Kreislaufsystems leiden sowie verschiedene psychosomatische Beschwerden aufweisen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002c, S. 198 ff). Eine Gesundheitsförderung für diese Zielgruppen ist im Rahmen von § 37 Abs. 3 SGB XI im Zusammenhang mit dem Beratungsanspruch in der Praxis nur ansatzweise geregelt.

Präventive Aspekte beim Pflegeeinsatz könnten und sollten ein deutlicheres Gewicht erhalten. So würden pflegerische Interventionen an dieser Stelle im doppelten Sinne präventiv wirken: Zum einen für die Pflegebedürftigen, um sie vor Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit und stärkerer Beeinträchtigung ihrer Selbständigkeit zu be-

wahren, zum anderen für die pflegenden Angehörigen, um sie vor Überforderung und eigener Erkrankung besser zu schützen.

11.8.6 Pflegekurse (§§ 28 und 45 SGB XI)

Zur Stärkung des sozialen Engagements, zur Erleichterung und Verbesserung der Pflege und Betreuung sowie zur Verminderung pflegebedingter körperlicher und seelischer Belastungen sollen die Pflegekassen für Angehörige und ehrenamtlich Tätige Schulungskurse anbieten. Vorgesehen ist nach § 45 SGB XI auch der Einbezug der häuslichen Umgebung. Zur Gewährleistung einer einheitlichen Durchführung können Rahmenvereinbarungen geschlossen werden.

Die Pflegekurse werden teilweise von in den Pflegekassen arbeitenden Pflegekräften angeboten, z.T. bestehen zur Durchführung von Schulungsmaßnahmen Verträge zwischen ambulanten Pflegediensten und Pflegekassen. Auch andere Anbieter wie z.B. die Gemeindeunfallkassen bieten entsprechende Kurse an. Der Schwerpunkt der Angebote liegt i.d.R. auf wesentliche Tätigkeiten der Grundpflege sowie rückenschonendes Arbeiten. Teilweise werden psychosoziale Aspekte eingebunden, kaum jedoch als eigenständiger Kurs angeboten. Vielmehr wird dazu auf entsprechende Selbsthilfegruppen verwiesen.

Schwierigkeiten in der Inanspruchnahme werden aufgrund der häufig vorhandenen Komm-Strukturen der Angebote in zeitlicher und organisatorischer Hinsicht gesehen. Eine besondere Barriere wird insbesondere in ländlichen Regionen mit traditionellen Strukturen und vergleichsweise enger Nachbarschaft und sozialer Kontrolle gesehen, wo aufgrund von Ängsten, mögliche Schwierigkeiten und „Fehler“ offenzulegen, entsprechende Kurse nur sehr zögerlich besucht werden.

Zugehende, individuell beratende und begleitende Angebote für pflegende Angehörige erfüllen Kriterien an die Pflegeprävention in der häuslichen Pflege weitaus eher als die derzeit überwiegend in Anwendung befindliche Komm-Angebote. Positiv hervorzuheben sind aufsuchende Beratungen, die z.B. im Saarland angeboten werden.

Befürwortet wird von einigen befragten Experten eine Kopplung der monetären Pflegeunterstützung an die Teilnahme von Qualifizierungsmaßnahmen. Zur Verhinderung von Folgeschäden sowohl bei den zu Pflegenden als auch bei den Pflegenden selbst sollten bei einer hohen Pflegestufen, wo der Aufwand der körperlichen Arbeit sehr hoch und auch die sonstigen pflegerischen Aufgaben mehr Qualifikationen verlangen, ihrer Ansicht nach höhere Anforderungen an die Pflegenden gestellt werden. Diesen Forderungen steht allerdings der Schutz der Familie entgegen.

11.8.7 Beratung

In gewisser Weise erfüllen Pflegefachkräfte, die zur Betreuung eines pflegeabhängigen Familienmitglieds ins Haus kommen, bereits Aufgaben der „Familiengesund-

heitsschwester“ (Family Health Nurse), wie die WHO sie postuliert. Zwar fehlt in Deutschland bisher das Prinzip der primären Gesundheitsversorgung durch Pflegefachkräfte, daher wird es bisher nicht in die Leistungsgesetze integriert. Dennoch werden „nebenbei“ diesbezügliche Leistungen durch viele häusliche Pflegedienste erbracht: Die erkrankten Familienmitglieder und ihre Bezugspersonen werden durch Beratung und Schulung im Umgang mit krankheitsbedingten Einschränkungen unterstützt. Gleichzeitig werden „gesunde“ Familienangehörige hinsichtlich ihres Gesundheits- und Ernährungsverhaltens und in Bezug auf auffällige Lebensgewohnheiten beraten. Es werden erste Krankheitssymptome erkannt und ein rechtzeitiger Arztbesuch empfohlen.

Beides sind präventive und gesundheitsfördernde Aufgaben, die jedoch weder in § 37 SGB V, im Zusammenhang mit häuslicher Krankenpflege noch im SGB XI als Leistung der sozialen Pflegeversicherung vorgesehen sind.

Nach Müller-Mundt et al. (2000) ist die Pflegepraxis bisher allerdings weit davon entfernt präventive Beratungsleistungen im theoretisch geforderten Umfang und in der notwendigen Qualität umzusetzen. Bestehende Beratungen, Anleitungen und Schulungen erfolgen vor allem in der Stoma-, Inkontinenz- und Dialysebetreuung. Ein Defizit pflegerischer Beratung besteht in Krankheitsfeldern wie Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen, Krebserkrankungen, HIV und bei Schmerzpatienten. Generell ist eine Sensibilisierung und Qualifizierung der Pflegekräfte für diese ihr originäre Aufgaben erforderlich, die über die direkte Pflege hinausgehen (Schneider 2002a).

Eine Beratung für zu Pflegende und Angehörige im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen erfolgt häufig durch die einzelnen Kassen. Daneben beraten auch Pflegedienste und Seniorenberatungsstellen der Kommunen (§ 8 SGB XI). Das Angebot wird vor Ort als ausreichend eingeschätzt, allerdings seine trägerbedingte Heterogenität bemängelt. Im Sinne einer Bündelung von Ressourcen und der Entkopplung von eigenen Interessen wird eine zentrale Anlaufstelle befürwortet. Sinnvoll wäre eine stärkere Einbindung der Kommunen bei einer solchen Beratung oder eine (gesetzlich fixierte) Einrichtung einer trägerübergreifenden Service- bzw. Beratungsstelle.

11.8.8 Pflegestatistiken, Berichte (§ 100 SGB XI)

Das Bundesministerium für Gesundheit fordert zyklisch, wie gesetzlich vorgesehen, Pflegeberichte und -statistiken von den Pflegekassen an. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen erstellt jedes Jahr einen themenzentrierten Bericht.

Der erste Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung erschien im Dezember 1997. Der zweite und aktuelle Bericht wurde Mitte März 2001 vorgelegt (Deutscher Bundestag 2001). Präventive Aspekte spielen derzeit allerdings keine Rolle. Sie sollten zukünftig in die Berichterstattung aufgenommen werden.

11.8.9 Barrieren und fördernde Faktoren

Nach Expertenmeinungen sind unterschiedliche Ursachenbündel für die geringe Präsenz präventiver Maßnahmen in der Praxis der Pflege verantwortlich. So würden spezifische Aufgabenbereiche Pflegenden, wie die Beratung von Klienten und Angehörigen, aus dem Arbeitsprofil ausgegliedert zu Gunsten rein funktionsorientierter Tätigkeiten. Mit Blick auf die Grundlagen einer pflegepraktischen Gesundheitsförderung seien darüber hinaus konzeptionelle Mängel bzw. Unklarheiten zu konstatieren: Neben der pauschalen Kennzeichnung von Gesundheitsförderung als Teilgebiet der Pflege, fehle es zum einen an Konkretisierung und Präzisierung dieser Aufgabe, zum anderen existieren derzeit noch keine gesicherten Konzepte für eine Gesundheitsförderung im direkten Patientenkontakt. Hinzu komme, dass vorhandene pflegetheoretische Ansätze wie eine präventiv orientierte, auf eine vergleichsweise geringe Resonanz in der Praxis stoßen. Hemmend wirke zudem die traditionelle Struktur, dass Pflege vor allem als Nachfolge von ärztlicher Verordnung tätig wird und viel zu wenig selbständig, eigeninitiativ Aufgaben übernimmt und übernehmen könne. Unter qualifikatorischen Gesichtspunkten ist anzuführen, dass Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation in der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflegeausbildung nur einen geringen Stellenwert ausmachen (s. Kap. 11.2). Hemmnisse ergeben sich des Weiteren aus der mangelnden Verzahnung ambulanter Pflege mit kommunalen Entwicklungsstrategien und dem Umstand, dass gesundheitsförderliche Pflege selten in institutionalisierte Programme eingebunden ist.

Beeindruckend ist sowohl die Vielzahl von Barrieren, als auch ihre Konkretheit, die ambulante Pflegekräfte selbst bei der Umsetzung präventiver bzw. gesundheitsfördernder Maßnahmen nennen. In einer qualitativen Studie lassen sich schwerpunktmäßig fünf Ebenen herauskristallisieren, auf denen Barrieren bestehen: (1) seitens der Patienten, (2) im Gesundheitssystem, (3) in der Pflege, (4) seitens der Angehörigen und (5) im Wohnumfeld (Walter et al. 2002). Die patientenseitigen Barrieren (1) können in die Kategorien Konsumhaltung, Widerstand, Abwehr und Inkonsequenz sowie Alter des Patienten zusammengefasst werden. Als Barrieren im Gesundheitssystem (2) werden die Gesundheitsreform und vor allem ihre wahrgenommenen Konsequenzen: „leere Kassen“, „Kostendämpfung“, „Pflege vor Rehabilitation“ sowie die Einführung der Pflegeversicherung benannt. Die meisten Pflegekräfte äußern sich negativ über den herrschenden Zeitmangel in der Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung. Festgelegte Zeit-Richtwerte verhindern ein präventives und gesundheitsförderndes Handeln in der Pflege. Ein zunehmender Bürokratismus und keine bzw. eine mangelhafte Finanzierung von präventiven und gesundheitsfördernden Leistungen werden als weitere Barrieren gesehen. Seitens der Pflege (3) stellt die oft mangelnde Qualifikation des Pflegepersonals eine Barriere dar. Hier spielt zum einen die häufig mangelhafte Ausbildung der examinierten Pflegekräfte in bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung eine Rolle, aber auch die derzeitige Situation in der ambulanten Pflege, in der aufgrund fehlender personeller und finanzieller Ressourcen immer mehr Laienpfleger und Hilfskräfte die Tätigkeiten einer examinierten Pflegekraft übernehmen. Zeitaufwendige Anträge oder Abrechnungen an Pflege- oder Krankenkassen sowie Pflegedokumentationen werden ebenfalls als Barrieren beschrieben (Walter et al. 2002, s. auch Tabelle 11-2).

Weit weniger Faktoren werden als fördernd angesehen, wobei diese überwiegend auf Seiten der Pflege selbst gesehen werden. So wird vereinzelt die Pflegeroutine, sozusagen ein Automatismus in der Ausführung der Tätigkeiten, als fördernder Faktor angesehen, ebenso die Pflegedokumentation. Darüber hinaus wirken Erfolgserlebnisse fördernd: Dem Patienten geht es spürbar besser, die Selbstständigkeit nimmt zu, eine langfristig positive Entwicklung des Patienten ist wahrnehmbar. Ebenfalls als fördernde Faktoren werden von den Pflegekräften ausreichend Zeit für den Patienten, das Wissen um Risikofaktoren und ein größeres Bewusstsein für häusliche Rehabilitationsmaßnahmen beschrieben. Positiv wirken sich auf die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung weiterhin aus, dass Pflegekräfte die häusliche Situation des Patienten kennen, dass sie diesen regelmäßig sehen.

Tabelle 11-2: Von ambulanten Pflegekräften genannte Barrieren von Prävention und Gesundheitsförderung (Walter et al. 2002)

seitens der Patienten	seitens des Gesundheitssystem	seitens der Pflege	seitens der Angehörigen	seitens des Wohnumfeldes
Konsumhaltung	Gesundheitsreform	Mangelnde Qualifikation des Pflegepersonals	Einmischung verhindert eine professionelle Pflege	Fehlende Ausstattung: Fahrstuhl
Widerstand	Pflege vor Rehabilitation	Mangelhafte Ausbildung	Unwissenheit und Ängstlichkeit verhindern Prävention	
Abwehr	Pflegeversicherung	Laienpfleger und Hilfskräfte in der ambulanten Versorgung		
Inkonsequenz	Zeitschienen in der Pflege	Pflegedienste arbeiten wirtschaftlich gewinnorientiert, „stehlen Patienten Zeit“		
Alter	Mangelnde Kooperationsbereitschaft der Krankenkassen	Kontrollen finden nur auf dem Papier statt		
	Mangelnde Finanzierung	Zeitaufwendige Anträge und Abrechnungen an Pflege- und Krankenkassen		
	Zeitmangel	Pflegedokumentation statt Prävention Personalmangel		

Die Einstellung des Arbeitgebers bzw. der Pflegedienstleitung spielt ebenso eine zentrale Rolle. Wird das Interesse und die Eigeninitiative von Pflegekräften unterstützt, sind die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen möglich, gibt es ausreichend qualifiziertes Personal und genügend Zeit sowie Möglichkeiten zur Reflektion, z.B. durch interne Qualitätszirkel, dann kann die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege eher ein Bestandteil des pflegerischen Handelns werden, den die Pflegekräfte motiviert und interessiert ausführen. Informierte, nachfragende Klienten, die auch Anregungen annehmen, werden durchaus als unterstützend erlebt.

Als positiv wird auf der Ebene des Gesundheitssystems gesehen, dass es seit Einführung der Pflegeversicherung leichter möglich ist, dem Patienten Hilfsmittel bis zu DM 5.000,- zu beschaffen (Entfernen der Türschwellen, Wechseldruckmatratze, etc.). Des weiteren ermöglicht die Kostenübernahme durch das Sozialamt eine Abrechnung psychosozialer Betreuung bzw. Begleitung des Patienten. Diese Maßnahme kommt allerdings nur einem Teil der Patienten zu Gute.

11.9 Zusammenfassung und Fazit

Die Pflegeversicherung, ihre Ausgestaltung und Rahmenbedingungen von Bildung und Versorgung bringen eine Reihe von Anforderungen und Erwartungen an die sich weiterentwickelnde Pflege und Pflegewissenschaft im Hinblick auf Professionalisierung zum Ausdruck, die bislang unzureichend aufgegriffen werden. Die Ursachen liegen einerseits in den Professionen selbst, andererseits verhindert die Konstruktion der Pflegeversicherung selber eine verstärkte präventive Ausrichtung der Pflege.

Mit der grundsätzlichen Leistungszuordnung zu dem zuständigen SGB V-Leistungsträger wird fälschlich der gesetzliche Auftrag aus dem SGB XI zur Prävention als eingelöst und die weitere Diskussion darüber für obsolet betrachtet. Eine solche formale Sichtweise erfasst Notwendigkeit und Defizite von Prävention und Rehabilitation allerdings nicht ausreichend, weil gerade gezielte präventive Maßnahmen zur Verhinderung, Hinauszögerung und Abmilderung von Pflegebedürftigkeit von den Krankenkassen weder fokussiert noch bereitgestellt werden.

11.9.1 Prävention als Aufgabe in der Pflegeversicherung

Prävention bietet im Bereich Pflege zwei Ansatzpunkte: (1) Prävention *vor* der Pflege zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und (2) Prävention *in* der Pflege zur weitgehenden Erhaltung und Förderung der Selbständigkeit sowie zur Verhütung der Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit. Beide Bereiche sind in Deutschland vernachlässigt, bislang bestehen nur vereinzelt Modellprojekte.

Prinzipiell greift sowohl die Pflegeversicherung (SGB XI) als auch die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) diese Aspekte auf, ohne allerdings damit für die Pflegekasse eine verbindliche Leistungsgewährung zu definieren bzw. für die Krankenkassen notwendige Anreize oder Verpflichtungen zur Leistungsdurchführung zu setzen.

So dürfen nach jetziger Rechtslage Pflegekassen auf andere Sozialversicherungsträger (insbesondere Krankenkassen, Rentenversicherungsträger) und die Versicherten auf präventive und rehabilitative Leistungen hinwirken (§§ 5, 6, 7, 31 SGB XI), eigenständig anbieten dürfen sie – auch nach Neufassung des SGB IX – diese Leistungen nicht. Zwar dürften die Pflegekassen vorläufig Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbringen (§ 32 SGB XI), erbringen diese aber nicht in dem notwendigen Umfang (Schwartz 2002). Dies ist umso bedauerlicher, da für die übrigen Leis-

tungsträger keine finanzielle Motivation besteht, präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu ergreifen. Damit ist das der Sozialversicherung zugrundeliegende Prinzip „Prävention vor Rehabilitation vor Pflege“ obsolet.

Von den Pflegekassen unterstützt werden Schulungskurse für Angehörige (§§ 28 und 45 SGB XI). Hier ist eine stärkere Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Betroffenen, z.B. Durchführung in häuslicher Umgebung, vermehrte psychosozialer Unterstützung notwendig, zumal in diesen Kursen durchaus auch präventive Elemente zum Tragen kommen können. Der Sachverständigenrat (2001a) fordert eine verpflichtende, flächendeckende, wirksame und zielgruppenspezifische Anleitung von pflegenden Angehörigen.

Problematisch sind bestehende Widersprüche zwischen den verschiedenen Leistungsgesetzen in Bezug auf Leistungen (insbesondere Pflegeprophylaxen), die Pflegefachkräfte eigenverantwortlich erbringen dürfen. Während nach SGB V nur verordnungsfähige Leistungen vergütet werden, Prophylaxen aber nicht als solche alleine verordnet werden dürfen, sind nach § 28 SGB XI Pflegefachkräfte verpflichtet, nach den Regeln der Kunst aktivierende Pflege durchzuführen, ohne dass damit ein Anspruch auf Vergütung besteht. Allerdings gelten im Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQSG) Qualitätsdefizite in der Pflege auch solche aufgrund unterlassener oder unzureichender Prophylaxe ausdrücklich als sanktionierbar.

Diese Widersprüche und Defizite entstehen vor allem, weil für dringend notwendige präventive pflegerische Interventionen die bestehenden Leistungsgesetze keinen eindeutigen Kostenträger vorsehen.

Neben den aufgezeigten gesetzlichen Rahmenbedingungen stehen weitere Barrieren einer Umsetzung von Prävention in der Pflege entgegen. Hierzu zählen die sowohl enge zeitliche Begrenzungen und geringe personelle Ressourcen als auch eine unzureichende Qualifizierung und das trotz erfolgter Professionalisierung in den 90er Jahren immer noch bestehende traditionelle Selbstverständnis der Pflege.

Das Handeln in der Pflege steht in engem medizinischen Kontext, wobei es zumeist um prophylaktische Maßnahmen zur Verhinderung von Folgeerkrankungen wie Dekubitus, Thrombose usw. geht. In der beruflichen Praxis der Krankenpflege stehen Krankheitsorientierung und Krankheitsbewältigung im Vordergrund.

Ein hinreichendes Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung ist in der Praxis nicht gegeben. Deutlich zeigen sich bei der Pflege auch Informationsdefizite hinsichtlich der Potenziale von Prävention im Alter. Hier bedarf es einer spezifischen Wissensvermittlung über die Möglichkeiten und praktischen Ansätze einer Prävention in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Die Verstärkung des Präventionsgedankenguts in der novellierten Krankenpflegeausbildung ist ein notwendiger erster Schritt. Dies macht deutlich, dass übergeordneten Deklarationen und Konzepte z.B. der WHO noch keinen Eingang in die Pflegepraxis gefunden haben.

Eine systematische Realisation muss durch konsequent unterstützende äußere Rahmenbedingungen gefördert werden.

Als notwendig wird die Einrichtung einer „Kommunikationsebene“ (Seewald, Leube 2002) zwischen den verschiedenen mit Pflege befassten Leistungsträgern gesehen, indem die Träger zu transparenten Kooperationsvereinbarungen oder zur Bildung einer kooperierenden Arbeitsgemeinschaft verpflichtet werden und in die Vertreter der pflegerischen Berufsverbände einzubeziehen sind, und in der auch auf die Prävention in der Pflege ein maßgebliches Thema ist.

11.9.2 Förderung der präventiven Potenziale in der Pflege

Die derzeit in der öffentlichen und professionellen Wahrnehmung erfolgende Verortung der Pflege als letztes Glied in der Versorgungskette verhindert die Akzeptanz realistische Einschätzung und Umsetzung der Potenziale von Prävention und Rehabilitation in der Pflege sowohl seitens der Gesundheitsprofessionen, der Politik als auch der Betroffenen selbst.

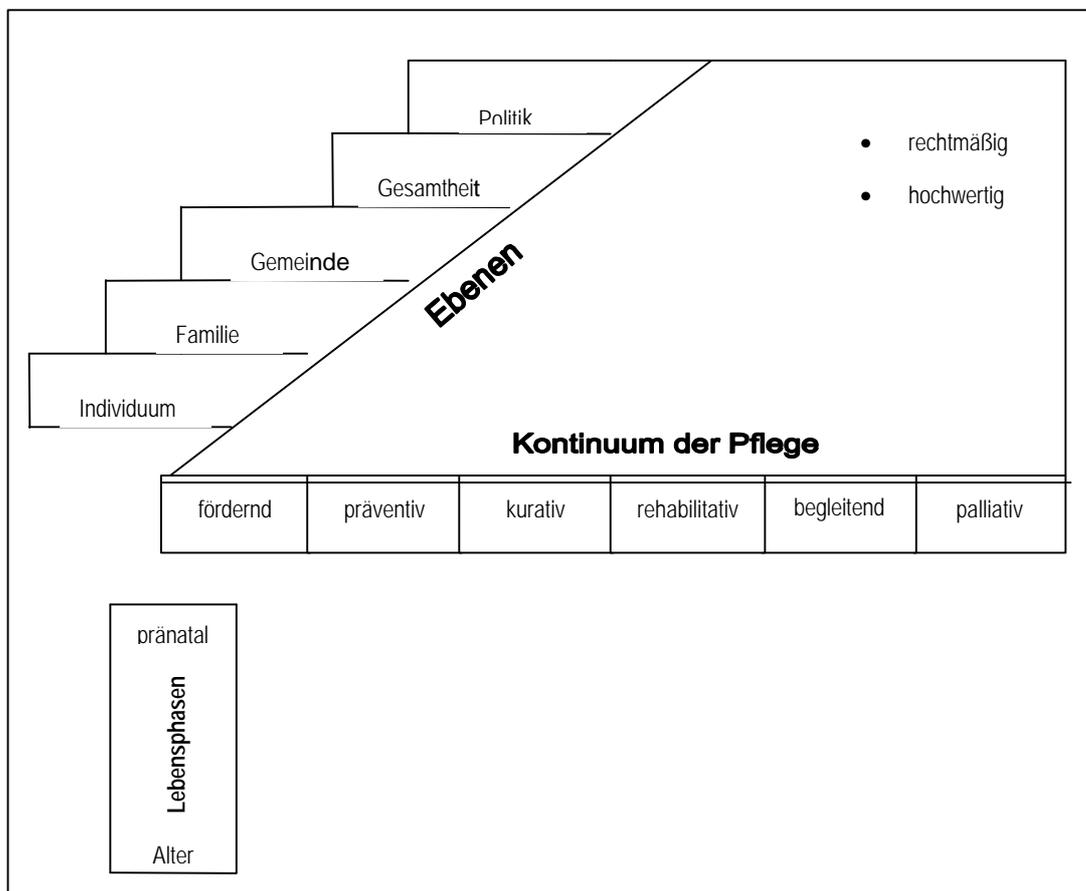


Abb. 11-2: Angebotsrahmen bevölkerungsorientierter Dienstleistungen (Robert-Bosch-Stiftung 2000, S. 101)

Einem moderneren Verständnis von Pflege entspräche es eher, wenn der Disziplin Pflege auch andere Gesundheitsstrategien als Zielsetzung übertragen würden, so dass auch Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation zu den pflegerischen Aufgabenbereichen zählen sollten. So subsumieren neuere Ansätze unter

Pflege alle notwendigen Tätigkeiten „in bezug auf das Ziel der Erhaltung oder Wiederherstellung größtmöglicher Selbständigkeit in der Lebensführung, die Integration von Einschränkungen in die Gestaltung des Lebensalltags mit dem Ziel des Wohlbefindens oder der Aufrechterhaltung einer gewünschten Lebensqualität trotz Pflegebedürftigkeit.“ (s. auch Abb. 11-3).

Die WHO beschreibt in dem Rahmenprogramm „Gesundheit 21“ für Europa auch Strategien für das Tätigkeitsfeld für Pflegenden. So bekommt darin u.a. die „Family Health Nurse“ eine Rolle zugewiesen, die weitaus mehr Funktionen zu erfüllen hat als sie im Pflegeversicherungsgesetz eher somatisch instrumentell beschrieben sind. Präventives pflegerisches Handeln, das derzeit in Deutschland als sekundär- bzw. tertiärpräventiver Aufgabenbereich, wie z. B. in der Pflegeprophylaxe, gesehen wird, sollte ergänzt werden um die Sichtweise auch primärpräventiver Aufgabenbeschreibungen. Erste Ansätze dazu gibt es: präventive Diabetesberatung und -schulung, Beratung und Anleitung in der häuslichen Pflege (Müller-Mundt et al. 2000), Beratung von Obdachlosen (Göpfert-Divier, Lauer 2001), Pflegeüberleitung (Saadaty, Gerth 2000) – nur um einige wenige zu nennen (s. auch Weidner, Ströbel 2002).

Eine weitere Möglichkeit, wie sie z.B. in Dänemark gehandhabt wird, wäre, dass Senioren über 75 Jahre zweimal im Jahr die Möglichkeit haben, sich im Rahmen präventiver Hausbesuche beraten zu lassen. Vergleichbare Initiativen gibt es seit 1999 in Schweden wie in Finnland und Norwegen, ebenso in der Schweiz. In Australien erhalten über 75-Jährige und chronisch Kranke einmal im Jahr ein Gesundheits-Assessment. Entsprechende Case-and-Care-Managementstrukturen werden dort gerade aufgebaut. Ein Modellprojekt wird – nach Schweizer Vorbild – in Hamburg durchgeführt.

Ansätze für präventive Aufgaben in der Pflege zeigt die Tabelle 11-2.

Tabelle 11-2: Präventive Handlungsfelder in der Pflege

Aufgabenbereich	Wichtige präventive Handlungsfelder	Mögliche Kooperationen
Beratung	Diabetes, Inkontinenz, Atemwegserkrankungen, psychische Belastungen, körperliche Belastungen etc.	Pflege-, Krankenkassen, ÖGD, Hausärzte
Schulung	Schulung von zu Pflegenden: Diabetes, Inkontinenz, Atemwegserkrankungen etc., kognitives, psychomotorisches Training, Schulung von Angehörigen: psychosoziale Unterstützung, grundlegende Pflegetechniken	ÖGD, Krankenkassen Pflegekassen
Aktivierung und Rehabilitation	Schulung von zu Pflegenden, Angehörigen, ggf. von Pflegeprofessionen: system. Anwendung rehabilitativer und Selbstkompetenz steigernder somatischer, psychischer und kognitiver Ansätze in der Pflege, an/mit den zu Pflegenden	Krankenkassen Pflegekassen Reha-Träger Ärzte, Selbsthilfe
Prävention von Pflege	Interventionen bei Pflegegefährdeten, z.B. abgelehnten Antragstellern, präventive Hausbesuche	ÖGD, Krankenkassen Reha-Träger Hausärzte Selbsthilfe
Prophylaxe ⁶	Dekubitus, Thrombose, Pneumonie etc.	Pflegekassen Krankenkassen

⁶ I.S. von Pflegeprophylaxe, d.h. pflegerische Maßnahmen, die einer Zustandsverschlechterung in der Pflege entgegenwirken sollen.

Eine derartige Aufgabenausweitung der Pflege sollte von einer gesellschaftlichen Diskussion um ihren Stellenwert begleitet werden. Für die Pflege selbst wird die Hinwendung zur Prävention auch als Chance gesehen, sich als ein eigenständige Disziplin mit einem unabhängigen Berufsbild weiterzuentwickeln.

11.9.3 Gesetzliche Einzeländerungen und übergreifendes Präventionsgesetz

Die bestehenden gesetzlichen Regelungen im SGB XI werden unterschiedlich beurteilt. Einerseits werde sie potenziell als ausreichend angesehen, wenn sie entsprechend wahrgenommen würden. Als unglücklich wird erlebt, dass gleiche Sachverhalte sowohl auf Ebene des Bundesausschusses als auch anderen, z.B. vertraglicher Ebene der Selbstverwaltung geregelt – und zwar nicht schlüssig korrigierend – werden.

11.9.3.1 Gesetzliche Einzeländerungen

Zur Stärkung der Prävention und Rehabilitation in der Pflege müssen entsprechende Leistungen in die Pflegeversicherung aufgenommen werden. Die Pflegeversicherung sollte Rehabilitationsträger im Sinne des SGB IX werden.

Gesetzlich verankert werden sollte sowohl im SGB V als auch im SGB XI eine verpflichtende, gemeinsam und einheitliche Kooperation zwischen den Kranken- und Pflegekassen zur Durchführung präventiver Maßnahmen.

Monetäre Anreize zur Prävention für zu Pflegenden sollten auch in der Erst- und Folgegewährung und der Ausgestaltung von Pflegegeld gesetzlich verankert werden.

11.9.3.2 Übergreifendes Präventionsgesetz

Eine übergreifende gesetzliche Regelung, die z.B. als selbständiges „Pflegeleistungsgesetz“ eine funktionstüchtige, praxistaugliche Klammer zu allen Sozialgesetzbüchern V, IX, XI schafft, wird von den befragten Experten begrüßt. Das Gesetz sollte – ähnlich wie das SGB IX – auch einer positiven, explizit definierten Vision folgen, und klar aufzeigen, in welchen Bereichen Prävention notwendig und von wem zu erbringen ist.

Der deutsche Pflegerat wünscht sich ein übergeordnetes Gesetz, in denen Leistungen der Pflegeberufe in allen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens beschrieben werden. Es sollte (unter Einbeziehung der im Gesetzgebungsverfahren befindlichen Berufsgesetze: Kranken- und Altenpflegegesetz) folgendes festlegen:

- Vereinheitlichung der Berufsbezeichnungen (der Begriff Pflegefachkraft ist nicht geschützt und unklar definiert),
- Festlegung pflegerischer Aufgaben, die eigenverantwortlich, mitwirkend oder in interdisziplinärer Kooperation durchzuführen sind sowie eine

- Vereinbarung von vergütungsrelevanten Leistungen der Pflegeberufe unter präventiven, rehabilitativen, kurativen und gegebenenfalls palliativen Aspekten.

Das Gesetz sollte, im Sinne einer Kommentierung der Sozialgesetzbücher und weiterer relevanter gesetzlicher Regelungen, Zuständigkeiten für Präventionsleistungen beschreiben und Grundsätzliches zur Finanzierung der Leistungen und ihrer Koordination zwischen den gesetzlichen Trägern festlegen.

Diese gesetzlichen Regelungen könnten an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungsträgern Widersprüche auflösen, Kongruenzen stärken und Synergieeffekte schaffen. Als besonders wichtig wird erachtet, dass die Finanzierung durch die Kostenträger eindeutig geregelt wird.

Aus der Sicht des Deutschen Pflagerates sind übergreifende Strukturen, die auf eine gemeinsame Finanzierungsplattform (Fond) zurückgreifen könnten, sinnvoll. Denkbar wäre Organisationsstruktur und Know how ähnlich der Bundesvereinigung für Gesundheit, in der die meisten mit Prävention befassten Interessenverbände Mitglied sind, zu bündeln und zu nutzen. Sie müsste allerdings entsprechend mit Personal und Kompetenzen ausgestattet werden. Sichert werden muss, dass die Mittelvergabe aus dem Fond durch den Lenkungsausschuss, z.B. des Forums Prävention und Gesundheitsförderung, (mit-)kontrolliert wird.

12 Gesamtzusammenfassung und Resümee

Im ersten Schritt erfolgt eine Darstellung der – auf Literaturrecherchen, eingeholten schriftlichen Stellungnahmen von Experten in der Versorgungspraxis und leitfadengestützten vertiefenden Interviews mit Entscheidungsträgern bzw. Fachkräften mehrerer in den einzelnen Bereich tätigen Einrichtungen basierenden – wichtigsten Analyseergebnisse zur Wahrnehmung und Umsetzung der rechtlichen präventiven Bestimmungen in den einzelnen Sozialgesetzbüchern und Themenbereichen. Hierzu werden i.W. die Ergebnisse der Kapitel 2 bis 11 wiederholt.

Im zweiten Schritt werden für eine Harmonisierung und Ergänzung rechtlicher präventiver Regelungen wesentliche Aspekte übergreifend betrachtet. Hierzu zählen das Verständnis von Prävention in den einzelnen Bereichen, Prävention als Aufgabe der Träger, Finanzierung, Kooperationen und Forschung.

Drittens werden Voraussetzungen für eine Weiterentwicklung der Prävention in Deutschland aufgezeigt.

Hieran schließen sich viertens die sich aus der vorliegenden Expertise ergebenden Schlussfolgerungen für ein übergreifendes Präventionsgesetz an.

Das Kapitel endet mit Empfehlungen.

12.1 Ergebnisse der Teilanalysen

Im diesem Kapitel werden wesentliche Ergebnisse der Analyse zur Umsetzung präventiven rechtlichen Regelungen in den Sozialgesetzbüchern SGB III – Arbeitsförderung, SGB V – gesetzliche Krankenversicherung mit den Teilbereichen Primärprävention, Vorsorge und Früherkennung, Prophylaxe von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Selbsthilfe sowie Aufklärung, Verbraucher- und Patientenberatung, SGB VI – Rentenversicherung, SGB VII – gesetzliche Unfallversicherung, SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe, SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, SGB XI – soziale Pflegeversicherung sowie in den Bereichen Schule und Öffentlicher Gesundheitsdienst einzeln dargestellt.

12.1.1 Arbeitsförderung – SGB III

Prävention nimmt im SGB III – Arbeitsförderung insbesondere nach der Reform der arbeitsmarktpolitischen Instrumente (JOB-AQTIV-Gesetz, in Kraft ab 2002) und der damit verbundenen frühzeitigen Vermittlung und Beratung sowie verstärkten aktiven Arbeitsförderung einen großen Stellenwert ein. Allerdings bezieht sich der Begriff der Prävention hier ausschließlich auf die Vermeidung von Arbeitslosigkeit, insbesondere auf die Verhinderung von Langzeitarbeitslosigkeit.

Berücksichtigt man die deutlichen Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und einer häufigen Beeinträchtigung der Gesundheit einerseits und einer schlechteren Gesundheit und längeren Arbeitslosigkeit andererseits, ist die zumindest *indirekte* gesundheitspräventive Bedeutung der Verhütung langfristiger Arbeitslosigkeit sowie der Verringerung der Arbeitslosigkeit insgesamt offensichtlich. Insofern kommt der Arbeitsförderung und der Arbeitsmarktpolitik sowie – als einem wichtiger Baustein einer beschäftigungspolitischen Strategie – der Bildungspolitik einen zentralen Stellenwert für die Gesundheit der Bevölkerung zu.

Allerdings bestehen diesbezüglich derzeit weder auf Bundes- noch auf Länder- und kommunaler Ebene tragfähige und flächendeckende Kooperationen zwischen der Bundesanstalt für Arbeit und Einrichtungen des Gesundheitswesens. Eine intensive Zusammenarbeit besteht lediglich zu den niedergelassenen Ärzten im Rahmen der Begutachtungspraxis und zu einigen Sozialversicherungsträgern im Rahmen der Rehabilitation. Hier ist eine stärkere Vernetzung auf Bundesebene dringend erforderlich.

Direkte gesundheitspräventive rechtliche Regelungen finden sich – im Gegensatz zu indirekten gesundheitspräventiven Regelungen – nicht explizit im SGB III. Dennoch werden im Arbeitsförderungsrecht verschiedentlich Aspekte der gesundheitlichen Prävention berührt.

Auch wenn ein expliziter Auftrag zur gesundheitlichen Prävention im SGB III nicht inbegriffen ist, ist festzustellen, dass in der Arbeitsverwaltung in erheblichem Maße Verwaltungsvorgänge umgesetzt werden, die mit Gesundheit zu tun haben bzw. durch Veränderung des Gesundheitszustands ausgelöst werden. Eine systematische Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte erfolgt – gerade aufgrund der nur implizit angesprochenen gesundheitspräventiven Aspekte und gemäß des Auftrages der Bundesanstalt für Arbeit sowie eines fehlenden Bewusstseins und Konzeptes auf der Ebene der Fachberater – jedoch nicht. Die Notwendigkeit der Sensibilisierung der Fachberater und der Verbesserung der Schnittstellen z.B. zum Ärztlichen Dienst wird von den befragten Experten überwiegend gesehen. Erste Ansätze zu ihrer Optimierung werden z.B. in Modellprojekten vereinzelt durchgeführt (z.B. Coaching in Gesundheitsfragen).

12.1.1.1 Nutzung der präventiven Potenziale in der Arbeitsförderung

Potenziell bestehen auf mehreren Ebenen und für verschiedene Zielgruppen gesundheitspräventive Ansätze in der Arbeitsförderung. Derzeit wird allerdings kein Ansatz systematisch in der Praxis verfolgt. Allenfalls in Modellprojekten werden vereinzelt gesundheitsbezogene Fragen aufgegriffen.

Der Bezug zur Gesundheit wird von den befragten Experten vor allem in den Bereichen berufliche Rehabilitation, Arbeitsberatung und Arbeitsvermittlungsaktivitäten gesehen. Eine Verbreiterung der Aufgaben in den Bereich Gesundheit wird von den Experten ausdrücklich befürwortet, die stärker im gesundheitsbezogenen Bereich verankert wird.

Einen Überblick über gesundheitspräventive Aufgabenbereiche, Handlungsfelder und mögliche Kooperationspartner gibt die folgende Tabelle 12-1.

Tabelle 12-1: Gesundheitspräventive Handlungsfelder in der Arbeitsförderung

Aufgabenbereich	Wichtige präventive Handlungsfelder	Kooperationen
Berufsberatung	Allergien, Asthma, psychische Belastungen, körperliche Belastungen	Schule ÖGD Krankenkassen Unfallversicherungsträger Hausärzte, Dermatologen Jugendhilfe Arbeitgeber
Eignungsfeststellung, Trainingsmaßnahmen	Verankerung gesundheitsbezogener Aspekte in Instrumenten; Konfliktbewältigung, psychosoziale Unterstützung, Früherkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen	ÖGD Schule Krankenkassen Unfallversicherungsträger Arbeitgeber
Jugendarbeitslose	Verankerung gesundheitsbezogener Aspekte im Profiling; Drogen- und Suchtprävention, Konfliktbewältigung, psychosoziale Unterstützung	ÖGD, Jugendhilfe Krankenkassen BZgA
Kurzfristig Arbeitslose	Verankerung gesundheitsbezogener Aspekte im Profiling; Früherkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen, Suchtprävention, Konfliktbewältigung, psychosoziale Unterstützung, Bewegung, Ernährung	ÖGD Krankenkassen Rehaträger Ärzte Selbsthilfe
Langzeitarbeitslosigkeit	Verankerung gesundheitsbezogener Aspekte im Profiling; Drogen- und Suchtprävention, Konfliktbewältigung, psychosoziale Unterstützung, Ernährung, Bewegung, Mundgesundheit, Früherkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen	ÖGD Krankenkassen Rehaträger Hausärzte Selbsthilfe
Freie Förderung	Stärkere Nutzung für gesundheitsbezogene Prävention vor Ort	ÖGD Krankenkassen Selbsthilfe

Eine wichtige, bislang weitgehend ungenutzte gesundheitspräventive Aufgabe kommt der Berufsberatung (§§ 30, 32 SGB III) zu. Über ein Viertel der gesundheitlich bedingten Abbrüche von Berufsausbildungen und -ausübungen könnte durch frühzeitige präventive Interventionen vermieden werden. Exemplarisch sind Asthma und Allergien zu nennen. Bestehende Modellprojekte (Brandenburg) sollten vertieft evaluiert und der Einbezug gesundheitsbezogener Aspekte in die Berufsberatung flächendeckend eingeführt werden.

Die für die Arbeitsämter vor Ort bestehende Möglichkeit, 10 % der im Eingliederungstitel enthaltenen Mittel für Ermessensleistungen auszugeben (§ 10 SGB III), bietet einen potenziellen Ansatz für eine verstärkte Berücksichtigung gesundheitspräventiver Elemente. Voraussetzung ist eine entsprechende Ausrichtung dieses derzeit nicht ausgeschöpften Rahmens ist nicht zuletzt eine entsprechende Sensibilisierung der Mitarbeiter.

Eine notwendige Voraussetzung für eine verstärkte Einbindung gesundheitsbezogener Prävention in der Arbeitsförderung ist ihre Integration in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachberater und der Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes.

Ein wichtiger Kooperationspartner könnten in vielen Bereichen neben dem ÖGD die Krankenkassen sein. Da bekannt ist, dass längerfristige Arbeitslosigkeit mit einer schlechteren Gesundheit einhergeht und der Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen mit zunehmender Arbeitsentwöhnungszeit abnimmt, sollten präventive Maßnahmen unmittelbar im Zusammenhang mit (bzw. vor) Eintritt der Arbeitslosigkeit ansetzen.

Darüber hinaus sind Langzeitarbeitslose, die gut ein Drittel aller Arbeitslosen umfassen, eine wichtige und bislang äußerst selten berücksichtigte Zielgruppe für die gesundheitsbezogene Prävention. Langzeitarbeitslose weisen im besonderen Maße eine schlechte Gesundheit auf, z.T. begleitet von Suchtproblemen. Sie stellen eine Zielgruppe dar, die überdurchschnittlich häufig eine gesundheitliche Versorgung nicht in Anspruch nimmt und schwer erreichbar ist. Im Kontext der Arbeitsförderung sollten deshalb Verbindungen zur präventiven und gesundheitlichen Versorgung verstärkt und ausgebaut werden.

Positiv hervorzuheben ist die Zusammenführung von Arbeits- und Sozialämtern im Rahmen von Modellprojekten zur Verbesserung der Zusammenarbeit (§ 421d). Hier gilt es im besonderen Maße (wie derzeit singular und ansatzweise) gemeinsame gesundheitsbezogene Vernetzungen zu überprüfen und zu intensivieren.

Das insbesondere zur Vermeidung der Langzeitarbeitslosigkeit einzusetzende Instrument des Profiling (§ 6 SGB III), das helfen soll eine genauere Charakterisierung des Profils des Arbeitsuchenden zu erstellen, sollte um gesundheitsbezogene Fragen im Hinblick auf eine Früherkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen ergänzt werden. Die Erfahrungen mit einem bislang einmaligen, in Köln entwickelten Instrument sollten in einer Evaluation ausgewertet werden. Ein flächendeckender Einsatz eines entsprechend ergänzten Profiling ist anzustreben. Gleiches gilt für Maßnahmen der Eignungsfeststellung (§ 48 SGB III).

Eine wichtige Voraussetzung für eine gezielte Prävention ist eine ausreichende Information zu ihrem Bedarf. Allerdings gibt es im Hinblick auf eine gesundheitliche Prävention bzw. auch auf die statistische Auswertung der Verwaltungsvorgänge zum Zweck der Steuerung und Politikinformation hier eine erhebliche „Fehlkonstruktionen“. So vermerkt die Arbeitslosenstatistik, da diese Personen nicht mehr verfügbar sind, genau jene Fälle nicht mehr als arbeitslos, die längerfristig krank sind.

Da den Erhebungen des Statistischen Bundesamtes eine andere Klassifikation zugrunde liegt, können diese Daten sowohl national als auch international nicht miteinander verglichen werden. Auch die Krankenkassen zur Arbeitsunfähigkeit weichen erheblich von den Daten der Bundesanstalt für Arbeit ab. Zur Transparenz und Vergleichbarkeit ist eine Vereinheitlichung der zugrundeliegenden Definition anzustreben. Nicht zuletzt sollte zugunsten einer realistischeren Planungsbasis auf eine politisch gewollte „Verschönerung“ der Arbeitslosenzahlen verzichtet werden.

12.1.1.2 Einbindung der Bundesanstalt für Arbeit in die gesundheitsbezogene Prävention

Eine entscheidende Umorientierung der Abläufe und damit auch eine Nutzbarmachung relevanter Informationen aus dem Arbeitsverwaltungs-Geschehen für die Umsetzung einer konsequenten, bevölkerungsbezogenen gesundheitlichen Prävention wäre es, die Bundesanstalt für Arbeit hineinzunehmen in die Pflicht zur Gesundheitsberichterstattung. Dies würde unmittelbar zur Folge haben, dass die gesamten Ablaufprozesse und auch die Verfahren zur Erfassung von Quantität, Qualität und Outcome von Maßnahmen und Verfahren neu gesichtet und in der Folge auch gestaltet werden müssten. Die Nutzung der Informationen der Arbeitsverwaltung für die gesundheitliche Prävention einerseits und die In-die-Pflichtnahme der Arbeitsverwaltungspraxis in den Gesamtauftrag zur Optimierung der gesundheitlichen Prävention und damit auch der Bevölkerungsgesundheit insgesamt stellen ein Politikfeld dar, dessen Notwendigkeit erst noch erkannt werden muss. Erst hierüber wird es auch gelingen, diese Notwendigkeit in das Verwaltungshandeln selbst hineinzutransportieren.

Aus Sicht des Ärztlichen Dienstes als dem Fachdienst, der die gesundheitlichen Implikationen im gesamten Verwaltungsgeschehen deutlich wahrnimmt, gleichzeitig nur begrenzte Möglichkeiten hat, auch auf Basis einer noch nicht optimalen gesetzlichen Grundlage entsprechende Initiativen einzuleiten und umzusetzen, erscheint insbesondere auch die Gründung einer Stiftung bzw. eines Fonds für Prävention wünschenswert, um Modellvorhaben, wie sie z.T. schon initiiert sind, an Zahl und Umfang zu intensivieren.

Der damit verbundene Aufbau von gebietsübergreifenden Strukturen wäre sehr zu begrüßen, da dadurch ein nationaler und trägerübergreifender Dialog gefördert werden könnte. Insbesondere bei Maßnahmen für Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen und mit Behinderungen wäre eine Vernetzung der Leistungsanbieter und eine zentrale interdisziplinäre Diskussionsplattform notwendig.

Ein erster und wichtiger Schritt stellt eine Einbindung der Bundesanstalt für Arbeit in das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung dar. Damit würde nicht nur ein Informationsaustausch zwischen potenziellen Kooperationspartnern gefördert werden, sondern auch politisch ein Akzent zur ressortübergreifenden Zusammenarbeit gesetzt werden.

12.1.1.3 Gesetzliche Einzeländerungen in der Arbeitsförderung

Die Notwendigkeit gesetzlicher Änderungen zur Stärkung der gesundheitsbezogenen Möglichkeiten der Arbeitsförderung wird von den befragten Experten unterschiedlich beurteilt. Während einerseits eine gesetzliche Fixierung (sowie eine entsprechende Verbreiterung der Modellpalette um gesundheitsbezogene Belange) als nicht sinnvoll erachtet wird, wird andererseits die Notwendigkeit und Chance einer Erweiterung der Arbeitsförderung gesehen, die über die derzeitige implizite Verankerung der gesundheitsbezogenen Prävention kaum erreicht werden kann.

Eine Förderung der gesundheitsbezogenen Prävention kann gesetzlich z.B. durch folgende Änderungen im SGB III forciert werden:

- Aufklärung über Belastungen in den jeweiligen Berufen in der Berufsberatung und Abklärung der gesundheitlichen Eignung der sich beruflich Orientierenden,
- Früherkennung von Krankheiten und Behinderungen und Möglichkeit der Nutzung gesundheitsbezogener Daten zur Einleitung weiterer Schritte,
- Einbezug gesundheitspräventiver Aspekte in Trainingsmaßnahmen und Qualifizierungsangebote,
- Rechtliche Verankerung von Kooperationen, z.B. mit dem ÖGD, der Jugendhilfe und den Krankenkassen.

Als notwendig wird von einigen Experten die gesetzliche Verankerung von Ressourcen gesehen, ohne die es beim appellativen Charakter bleiben würde.

Ebenso unterschiedlich wie gesetzliche gesundheitsbezogene Regelungen innerhalb des Arbeitsförderungsgesetzes wird ein übergreifendes Präventionsgesetz von den befragten Experten beurteilt.

12.1.2 Primärprävention in der gesetzlichen Krankenversicherung – SGB V

1989 wurde den Krankenkassen erstmals gesetzlich die Möglichkeit eingeräumt, sich im Bereich Gesundheitsförderung zu engagieren. Nach einer vierjährigen gesetzlichen Einschränkung sind die Krankenkassen seit 2000 aufgefordert, Maßnahmen der Primärprävention anzubieten, zudem können sie betriebliche Gesundheitsförderung durchführen. Ziel ist die Verbesserung der des allgemeinen Gesundheitszustands der Versicherten sowie zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beizutragen. Hierzu sind 2,56 EUR/Versicherten (2000) vorgesehen. Zur Einschränkung marketingbasierter Strategien und zur Sicherung der Qualität wurde die Aufgabe mit der Verpflichtung für die Krankenkassen verbunden, gemeinsam und einheitlich prioritäre Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik zu entwickeln.

Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände (2002) weist darauf hin, dass die auf Krankenversorgung und Krankheitsfolgeleistungen ausgerichteten Versorgungsbereiche sowohl im Hinblick auf Verfügung stehende Ressourcen als auch hinsichtlich der Eindeutigkeit der gesetzlichen Leistungsansprüche gegenüber der Prävention privilegiert sind. So besteht kein Finanzierungsanspruch der Versicherten bei Leistungen zur allgemeinen Gesundheitsförderung, da Investitionen in die eigene Gesundheit vor allem bei nicht vorhandener offener Krankheitssymptomatik im „wohlverstandenen Interesse“ und in der Eigenverantwortung des einzelnen liegen (Deutscher Bundestag 1999, S. 61).

12.1.2.1 Realisierung und Optimierung der Primärprävention

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben unter Hinzuziehung externer Expertisen (Kommission) prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen vorgelegt. Ansätze sind für die Kassen vorrangig: Setting-Ansatz, individuelle Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Entwickelt wurden Instrumente zur Prüfung der Anbieterqualität sowie zur Dokumentation, mit der erstmals im Jahr 2002 eine Vollerhebung zur Transparenz der Angebote in den einzelnen Handlungsfeldern erfolgt. Eine externe Evaluation der Wirksamkeit von Maßnahmen ist geplant.

Als kritisch wird gesehen, dass bei der individuellen Prävention sich die Dokumentation auf formale Kriterien beschränkt und Aussagen zur Zielgruppenauswahl, Zugangswegen und Erreichbarkeit von Teilnehmern nicht getroffen werden können. Der explizit ausgeschlossene kassen- und kassenartenbezogene Vergleich verhindert bei gegebenem Wettbewerb eine vergleichsbezogene Optimierung der Strukturen.

Die Umsetzung der kassenbezogenen Primärprävention läuft nur zögerlich an, wobei eine sukzessive Ausgabensteigerung 2000-2002 zu verzeichnen ist. Allerdings lagen die Ausgaben für den § 20 Abs. 1 und 2 SGB V 2001 mit einem Gesamtdurchschnitt von 0,91 EUR/Versicherten erheblich unter dem Soll-Wert. Auch im Jahr 2002 wird dieser bei weitem noch nicht erreicht werden.

In der Nutzung der rechtlichen Möglichkeiten und in der Umsetzung der vorgeschriebenen präventiven Leistungen unterscheiden sich die einzelnen Kassenarten und Krankenkassen in Deutschland erheblich. Neben den großen Angestelltenersatzkassen bieten besonders kleine Krankenkassen aufgrund ihres geringen finanziellen Spielraums und Letztere aufgrund ihrer geringen Versicherungsdichte wenig eigene präventive Maßnahmen an. Kooperationen mit größeren Kassen zur Übernahme einer zusätzlichen präventiven Versorgung erfolgen i.d.R. nicht.

Als Hinderungsgründe zur Nutzung der gesetzlichen Möglichkeiten werden der enorme Kostendruck, der auf dem Gesamtsystem der gesetzlichen Krankenkassen lastet gesehen. Zum anderen begrenzt die Dominanz der kurativen Versorgung in den laufenden Positionen, die zusätzliche Ausschöpfung der präventiven Versorgung. Eine Änderung kann nur langfristig zu Gunsten der Prävention erfolgen.

Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände (2002) weist darauf hin, dass den hohen Erwartungen durch die Wiedereinführung der Primärprävention nicht voll entsprochen werden kann – zum einen, weil die Haupteinflussfaktoren der Krankheitsentstehung außerhalb des medizinischen Versorgungssystems liegen, zum anderen, weil der vorgesehene Betrag von 2,62 EUR/Versicherten (2002) keine Möglichkeit für flächen- und bedarfsdeckender Maßnahmen lässt.

Eine Zusammenarbeit der Krankenkassen erfolgt aufgrund gesetzlicher Verpflichtung auf Ebene der Spitzenverbände und vereinzelt im Rahmen strategischer Allianzen auf Projektebene. Sehr mühsam schreitet die Entwicklung der Setting-Ansätze voran, wo ab 2003 drei poolfinanzierte Modellprojekte im Bereich Schule durchgeführt werden. Derartige kassenartenübergreifende gemeinsame Projekte stellen je-

doch eine Ausnahme dar. I.d.R. bietet jede Kasse eigene und/oder unter Einbezug eines externen Anbieters Maßnahmen an. Allerdings bestehen Empfehlungen kassenfremde Versicherte einzubeziehen bzw. die Teilnahme an Maßnahmen anderer Kassen zu vergüten.

Es ist zu fragen, ob nicht eine Konzentration und regionale gemeinsame Bündelung ihrer Aktivitäten und damit mittelfristig die Entwicklung einer regional bezogenen, belastbaren Struktur und fachlich-praktischen Professionalisierung auf diesem Feld sowohl für die Gesundheit der Versicherten als auch für die Kassen selbst zielführender ist als eine erneute „bunte“ Diversität und sehr unterschiedliche Dichte präventiver Ansätze.

Qualitäts- und strukturverbessernde Maßnahmen dienen zur Zeit noch eher der Profilierung einzelner Kassen und tragen weniger zu einer verbesserten flächendeckenden Gesamtversorgung bei. Zur Sicherung von Wettbewerbsvorteilen werden oft die in regionalen Projekten gewonnenen Erkenntnisse nicht, verzögert oder nur teilweise transparent gemacht. Der Sachverständigenrat (2002c, Ziff. 343) fordert daher, dass in Projekten gewonnene Erkenntnisse frühzeitig transparent gemacht werden, um eine zeitnahe Optimierung der präventiven Versorgung zu gewährleisten.

Wichtig ist in Zukunft ein stärkerer Erfahrungsaustausch und gemeinsame Projekte einer präventiven Versorgungsforschung mit praxisorientierter Wissenschaft zur Entwicklung auch aus wissenschaftlicher Sicht tragfähiger Projekte. Evaluierte Projekte mit nachgewiesener Effektivität und Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen sollten Streuwirkung haben und von anderen Kassen aufgegriffen und weitergeführt werden.

Routinedaten werden lediglich in der betrieblichen Gesundheitsförderung (und Marketing) genutzt. Auch andere bereits entwickelte und sich als wirksam erwiesene Verfahren der zielgruppenspezifischen Mobilisierung werden in der Praxis nicht weitergeführt. Um in Zukunft in der individuellen Prävention einen stärkeren Indikations- und Zielgruppenbezug zu haben sollten die Krankenkassen, die in der Sozialversicherung über einen einzigartigen gesundheitsbezogenen Datenpool verfügen, diese verstärkt nutzen.

Eine Prävention insbesondere mit dem Ziel, Versicherte mit erhöhtem Gesundheitsrisiko und Versicherte unterer sozialer Schichten gezielt zu erreichen, ist aufgrund der geringen Versichertendichte zahlreicher Kassen in der Fläche sowohl bei der individuellen Prävention als auch im Setting-Ansatz nur gemeinsam möglich. Diesem steht jedoch der Wettbewerb der Krankenkassen entgegen, der einer zielgerichtete Umsetzung und Zusammenarbeit der Krankenkassen deutlich entgegensteht.

Hier sind gemeinsame und abgestimmte Konzepte erforderlich, mit z.B. verschiedene Zugangswege erprobt wird, Versicherte der o.g. vulnerablen Gruppen tatsächlich zu erreichen. Bislang sind diese Bestrebungen nicht hinreichend erkennbar. Gleiches gilt für den Einbezug von Kooperationspartner in diesem Feld. Wenig bis keine Kooperationen bestehen derzeit z.B. mit Wohlfahrtsverbänden, Sozialämtern, der Jugendsozialarbeit, Gesundheitsämtern und der Bundesanstalt für Arbeit.

Krankenkassen können aufgrund ihrer Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten – wie auch im Gesetz formuliert – jedoch allenfalls einen (kleinen) Beitrag zur Verringerung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit leisten. Soll deren Zunahme aufgehalten werden oder sogar eine generelle Verminderung erfolgen, ist eine sektorenübergreifende Präventionspolitik erforderlich, die neben den Bereichen Bildung, Arbeit und Verbraucherschutz auch die Gesundheitspolitik einschließt. Eine zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit ausgerichtete verbindliche Gesamtstrategie ist jedoch in Deutschland nur schwer zu erreichen (Rosenbrock 2002), zumal aufgrund der defizitären Haushaltslage derzeit eher Kürzungen bei sozial Benachteiligten vorgenommen werden (z.B. Arbeitslosenhilfe, Unterstützung von Nicht-Sesshaften, Integration von Migranten).

12.1.2.2 Gesetzliche Einzeländerungen in der Primärprävention der GKV

Im folgenden wird dargelegt, inwieweit eine gesetzliche Einzeländerung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V erforderlich ist.

Die Nennung eines Soll-Ausgabenbetrages pro Versicherten wird derzeit nicht als entscheidende Barriere gesehen, könnte sich aber bei langfristiger vermehrter Investition als solche herausstellen.

Als Mangel des geltenden § 20 Abs. 1 insbesondere zur Umsetzung der Verpflichtung, einen Beitrag zur Verminderung der Chancen der sozialen Ungleichheit zu leisten, ist der fehlende Hinweis auf den Einbezug anderer Akteure im kommunalen Bereich, da bei der Abfassung des Gesetzestextes der Bundesrat mit seinen Zuständigkeiten ausgeklammert werden sollte (Altgeld 2001). Hier sollte eine gesetzliche Ergänzung, ähnlich der gesetzlich verfügten Kooperation im betrieblichen Bereich mit der Unfallversicherung oder in der Zahnprophylaxe, überlegt werden.

Lösungen zur Aufhebung des Wettbewerbs und der Förderung einer kassenartenübergreifenden Kooperation in der Prävention werden vor allem in einer Ausgliederung des § 20 SGB V aus dem Kassenwettbewerb gesehen. Umgesetzt werden könnte die Gemeinschaftsaufgabe in Form von Vereinbarungen auf Landes- oder Spitzenebene (Rosenbrock 2001). Die Kooperation der Krankenkassen untereinander, die über die Leitfadententwicklung hinaus sich auf gemeinsame Angebote beziehen sollte, sollte gesetzlich festgelegt werden. Gesetzliche Vorgaben zur Kooperation werden als förderlich angesehen, wobei die Bereitschaft, Ausstattung der Einrichtungen und die zur Verfügung gestellten Budgetmittel für ihre Ausgestaltung entscheidend sind.

12.1.3 Vorsorge und Früherkennung – SGB V

Der Bereich der ärztlichen Vorsorge und Früherkennung wurde in den 60er und 70er Jahren in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen. Zu den Leistungen zählen Maßnahmen der Vorsorge von Müttern und Kindern, Früherkennungsuntersuchungen sowie – als Satzungsleistung – Impfungen.

Die bisherige vertragsärztliche Funktion konzentriert sich primär auf die Sekundärprävention und hier auf die Früherkennung von Krankheiten. Primärpräventive Ansätze beschränken sich auf die Information von Versicherten im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen (Information über Nikotinabusus, Essgewohnheiten etc.), eine systematische Einbindung von Ärzten in die Gesundheitsförderung ist bislang nicht vorgesehen. Die ärztliche Beratung, die in der Praxis einen großen Stellenwert einnehmen sollte, beschränkt sich in der Umsetzung letztlich auf wenige Aspekte.

Wenn auch durch die z.T. vorgesehene Begleitevaluation ein kontinuierliches Monitoring der Maßnahmen schon heute möglich wäre, wird diese überwiegend im Bereich der gesetzlichen Maßnahmen nicht (mehr) realisiert. Auch im Hinblick auf die Programmqualität sind deutliche Verbesserungspotenziale vorhanden. Die seit den 70er Jahren bestehenden Strukturen bedürfen einer Fortentwicklung. Ansätze zur Optimierung werden im folgenden aufgezeigt.

12.1.3.1 Realisation und Optimierung der Impfungen

Eine Unterversorgung besteht in Deutschland auf dem Gebiet der Schutzimpfungen, die effektive präventive Maßnahmen darstellen. Die Durchimpfungsrate bei Kindern hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert, ist jedoch noch nicht optimal. Sie liegt bei Schuleintritt (1999-2001) zwischen 74 % (Pertussis) und 97 % (Tetanus, Ausnahme: Hepatitis B: 37 %). Allerdings erfolgen die Impfungen häufig sehr spät. Zudem liegt weiterhin ein deutliches Defizit hinsichtlich der empfohlenen Zweitimpfungen vor, die z.B. gegen Mumps, Masern und Röteln nur knapp ein Viertel der Kinder erhalten. Eine Problemgruppe bilden ausländische und sozial benachteiligte Kinder, deren Durchimpfungsrate erheblich unter dem Mittelwert liegt. Auch bei den Erwachsenen bestehen deutliche Impflücken. Die im Alter empfohlene Impfung gegen Influenza weisen nach eigenen Angaben nur gut ein Drittel aller über 69-Jährigen auf.

Zumindest für Schulkinder hat sich die Datenlage zum Impfstatus mit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (2001) verbessert. Für Erwachsene und Ältere liegen keine bevölkerungsbezogenen Daten zur Durchimpfung vor. Eine zielgerichtete Planung und Durchführung von Strategien ist vor diesem Hintergrund kaum möglich. Es sollte eruiert werden, inwieweit Routinedaten der ärztlichen Versorgung aufbereitet werden können bzw. die Dokumentation zu optimieren ist. Hierfür wäre der Rechtskreis der vertragsärztlichen Versorgung nach SGB V und die Seuchengesetzgebung des Bundes und der Länder enger zu verknüpfen.

Auch wenn Impfungen (außer Reise- und arbeitsbedingte Impfungen) i.d.R. von den Krankenkassen auf Basis freiwilliger Vereinbarungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen übernommen werden, so bestehen aufgrund fehlender gesetzlicher Regelungen immer wieder Irritationen und Schwierigkeiten bezüglich der Kostenübernahme. Insgesamt ist die Situation aufgrund der vielfältigen regionalen Vereinbarungen einzelner Krankenkassen sehr heterogen und unübersichtlich. Die unterschiedlichen Regelungen der Kostenübernahme für Impfungen durch die Krankenkassen und

eine uneinheitliche Abrechnungsorganisation stehen einer Steigerung der Durchimpfungsraten bisher im Wege.

Bis auf die Schuleingangsuntersuchungen, bei denen der Impfstatus der Kinder erhoben wird, erfolgt eine aufsuchende Impfberatung nicht. Weder die niedergelassenen Ärzte noch die Krankenkassen sprechen Patienten bzw. Versicherte aus sozialen und ausländischen Problemgruppen gezielt aktiv an. Hier liegt ein Potenzial, das die Krankenkassen ggf. auch in Verbindung mit dem ÖGD und den Sozialhilfeträgern oder den Betriebs- und Gewerbeärzten – z.B. in regionalen Impfgemeinschaften – durch fremdsprachliche Anschreiben oder gezielter Ansprache ausgewählter Personengruppen besser ausschöpfen könnten.

Zentral für eine Erhöhung der Durchimpfungsraten ist eine konzertierte Aktion zumindest aller bereits jetzt in der Impfprävention tätigen Einrichtungen wie z.B. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Deutsches Grünes Kreuz, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Ärzteschaft. Diese sollten in ein nationales Programm eingebunden werden, das sich zur Erhöhung der Akzeptanz bei Erwachsenen allerdings nicht wie das derzeitige Masern-Mumps-Röteln-Programm auf ausgewählte Impfungen beschränken sollte.

Analog zu der Umsetzung der Zahnprophylaxe in Kindertagesstätten und Schulen (s. Kap. 5) sollte eine bundesweite Umsetzung der Impfprävention unter Einbindung der niedergelassenen Ärzte, des ÖGD und der Betriebs-/Gewerbeärzte erfolgen. Gerade durch aufsuchende Verfahren kann sowohl die Durchimpfungsrate bei Kindern von Migranten und sozial Benachteiligten als auch die Zweitimpfung insgesamt deutlich erhöht werden. Aufsuchende Strategien sollten auch für institutionalisierte Ältere z.B. über niedergelassene Ärzte mit Heimarztfunktion aktiv eingeführt werden.

Für eine Verbesserung der aktiven Impfmotivation der Anbieter wird ferner eine angemessene Honorierung der niedergelassenen Ärzte, eine bessere Qualifizierung in der Aus- und Fortbildung sowie ein aktives Praxismarketing mit Nutzung aller Arzt-Patientenkontakte zur Überprüfung des Impfstatus angesprochen. Sicher sollte die betriebliche Impfaufklärung durch Betriebs- und Gewerbeärzte gestärkt werden. Darüber hinaus kommt nichtärztlichen Multiplikatoren wie Erziehern und Lehrern eine wichtige Rolle in der Aufklärung und Motivierung zu (Robert Koch Institut 1999).

Insgesamt könnte eine Konzentration und „akteurs“übergreifende Koordinierung der Maßnahmen in regionalen und überregionalen Impfgemeinschaften die Verzahnung der Rechtsgrundlagen und flankierende zielgruppenspezifische Aufklärung und Beratung unter Aufgreifen der in der Bevölkerung bestehenden Unsicherheiten, Bedenken und Ängste gegen Impfungen die Impfsituation in Deutschland verbessern.

12.1.3.2 Realisierung und Optimierung von Präventionsmaßnahmen der Vorsorge und Früherkennung

Die Teilnahmeraten an den Programmen sind bis auf die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (hier aber auch nur bei den ersten der neun Untersuchungen) und bei der Früherkennung im Rahmen der Mutterschaft ungenügend („Unterversorgung“). Vor allem die geringe Teilnahmerate von älteren Versicherten ist mit weniger als die Hälfte der über 60-jährigen Frauen und einem Viertel der über 60-jährigen Männer – trotz in den 90er Jahren insgesamt gestiegener Teilnahmeraten – gering.

Durch die Einführung der Chipkarte wird der früher aus den Krankenscheinen hervorgehende Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen nicht mehr deutlich. Eine aktive, systematische und gezielte Ansprache der berechtigten Versicherten durch die Krankenkassen Versicherte erfolgt nicht. Diese sollte jedoch die eher sporadischen Hinweise in den Mitgliederzeitschriften bei Risikogruppen ergänzen.

Prinzipiell werden von den befragten Experten im Bereich der Vorsorge und Früherkennung Anreize für bestimmte Gruppen als sinnvoll erachtet. Favorisiert werden finanzielle Anreize in Form von „spürbaren“ Geldbeträgen bei der Inanspruchnahme von Leistungen, z.B. geknüpft an die Versicherungsbeiträge. Andere Anreize werden eher als wirkungslos eingeschätzt.

Als positiv wird auch ein lebensbegleitender Präventivpass, ähnlich dem der American Health Foundation, bewertet.

Ärzte führen Früherkennungsuntersuchungen bei denjenigen Patienten durch, die sich aufgrund anderer Fragestellungen in der Praxis vorgestellt hatten („Casefinding“). Ein gezieltes Einladungssystem ist derzeit nicht installiert und wird aber gegenwärtig im Rahmen des Mammographiescreenings geprüft. Bei entsprechender Eignung sollte eine Übertragung auf andere Krebsarten erfolgen.

Informationen für Versicherte zur Bedeutung von Früherkennungs- und Präventionsleistungen als Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung, liegen nicht systematisch vor. Insbesondere auch zielgruppenspezifische Angebote z.B. für ausländische Mitbürger und sozial Benachteiligte werden derzeit nicht vorgehalten. Vorhandenes Wissen im Sinne bereits bestehender Ressourcen bei Versicherten ist durch geeignete, evidenzbasierte Informationen zu stärken. Dabei sollten auch spezifische Barrieren und Ängste vermehrt angemessen aufgegriffen werden. Diese Informationen stellen eine wesentliche Basis dar, um eine fundierte Entscheidung über die Teilnahme an bestehenden Programmen treffen zu können.

Qualitätsmanagementsysteme, die sowohl eine systematische Teilnahmesteigerung durch Monitoring der Teilnahmeraten als auch Rückmeldungen bis auf Arzzebene erlauben, sind derzeit nicht zusammenhängend installiert. Gleichwohl sind Einzellösungen (z.B. Feedback-System Hüftsonographiescreening) verwirklicht, die allerdings in ein Gesamtkonzept eingebettet werden müssen. Der Evaluation der laufenden Programme kommt somit eine zentrale Bedeutung zu. Die Ergebnisse dieser Evaluation sind künftig entsprechend aufbereitet allen beteiligten Ebenen zur Verfü-

gung zu stellen (Arzt, ggf. Qualitätszirkel, Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen, Bundesebene in Form des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen).

Screeningprogramme erfordern einen Wirksamkeitsnachweis, der alle relevanten Bestandteile überprüft. Hierzu gehören neben der Eignung der Krankheit auch die evidenzbasierte Überprüfung der angewendeten diagnostischen Tests wie auch der Wirksamkeitsnachweis für die eingeleiteten Therapien. Eine solche evidenzbasierte Überprüfung von Früherkennungsprogrammen ist bislang nicht in Verfahrensrichtlinien etabliert.

Die derzeitige Datenlage ist ungenügend, die Verwertbarkeit der Abrechnungsdaten eingeschränkt. Auch sind aufgrund des Datenschutzes nur Querschnittsuntersuchungen und keine Längsschnittuntersuchungen möglich. Überlegt werden sollte u.a., inwieweit der (derzeit nicht ausgewertete) Mutterpass einbezogen werden könnte. Ebenfalls wird eine verstärkte Einbeziehung präventiver Aspekte in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes als wichtig bewertet. Eine Dauereinrichtung zur Evaluation wird als notwendig erachtet. Eine kontinuierliche, nach Möglichkeit jährliche Berichterstattung über alle laufenden Früherkennungsmaßnahmen auf dieser Basis sollte durchgängig installiert werden. Ist dies erfolgt, sollte die wirkungs- und teilnahme- bzw. zielgruppenspezifische Analyse der Ergebnisse auch in entsprechende Maßnahmen münden.

Bei vielen der oben aufgeführten Verbesserungspotenziale kommt der hausärztlichen Versorgung eine Lotsenfunktion zu (Information und gezielte Weiterleitung der Versicherten an Einrichtungen mit spezifischen präventiven Angeboten, Teilnahmeratensteigerung etc.). Diese ist entsprechend zu definieren und mit Kompetenzen, Koordinationsfunktion, Fortbildungsinformationen und Software-Unterstützung über Praxiscomputer auszustatten.

Zur deutlicheren Wahrnehmung der Relevanz und den Möglichkeiten der Prävention in der ärztlichen Praxis und damit einer Verschiebung der Prävention von einer „Nebenbeileistung“ zu einer zentralen Aufgabe sind Fortbildungen insbesondere für Hausärzte, Gynäkologen und Pädiater dringend erforderlich. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung versucht derzeit das Qualitätszirkelkonzept neu zu beleben. Ein Modell befasst sich mit Prävention, in dem die Ärzte u.a. auf die Grundprinzipien der Prävention hingewiesen werden, Möglichkeiten der Teilnahmeratenerhöhung, Ansprache von Zielgruppen, Vermittlung von Information. Hier besteht ein großer Handlungsbedarf. Nach einer Analyse der bestehenden Fortbildungsangebote in Berlin und Niedersachsen kommt diesen Themen ein untergeordneter Stellenwert zu. Angebote sind vor allem in den Bereichen Arbeits- und Sportmedizin angesiedelt und beziehen sich neben Angeboten zu speziellen Krankheiten vor allem die klassischen Felder Ernährung, Übergewicht, Rauchen und Alkohol. Prävention und Gesundheitsförderung im Alter wird kaum aufgegriffen (Walter et al. 2002a). Gerade

bei einer bislang hinsichtlich der Prävention defizitären Ausbildung¹ sollte eine Nachqualifizierung der Ärzte intensiviert werden.

An entsprechende Maßnahmen zur Qualitätsförderung wie beispielsweise Qualitätszirkel teilnehmende Ärzte sollten Früherkennung im Sinne eines Kompetenzzentrums „Früherkennung“ anbieten. Längerfristig wird ein besonders qualifizierter „Arzt für Prävention“ bzw. ein eigenes Gebiet für Präventivmedizin als sinnvoll erachtet.²

Es ist zu begrüßen und hat sich in der Vergangenheit bewährt, wenn einzelne Krankenkassen als Innovateure auftreten und neue präventive Aktivitäten zunächst im Rahmen eines Modellvorhabens auf ihre Praktikabilität untersuchen, bevor eine flächendeckende bundesweite Einführung erfolgt. Einen gesetzlichen „Patentschutz“ darf es jedoch nicht geben, d.h. sobald eine Maßnahme evaluiert und für gut befunden wurde, muss sie den Versicherten aller Krankenkassen zur Verfügung stehen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass alle bestehenden Programme hinsichtlich der Wirksamkeit, Akzeptanz, Teilnahmemuster auch gerade mit Blick auf Problem- und Risikogruppen und Durchführungsqualität unter Alltagsbedingungen einer Neubewertung zu unterziehen und im Hinblick auf die Ressourcenknappheit ggf. neue Akzente in der Programmausrichtung zu setzen sind. Die hierfür erforderlichen Schritte können im zuständigen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen respektive den zuständigen Arbeitsausschüssen eingeleitet werden. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob nach § 219 Abs. 2 SGB V regionale Präventionsinitiativen seitens der Bundesebene gefördert werden können.

12.1.3.3 Gesetzliche Einzeländerungen in der Vorsorge und Früherkennung

Eine Novellierung des SGB V wird vor allem bei Impfungen gesehen, die bislang Satzungsleistungen darstellen. Bislang fehlen verpflichtende Grundlagen für die Krankenkassen zur Durchführung und Finanzierung der von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfleistungen. Andererseits dürfen in Regelungen die Länder aus ihrer Grundzuständigkeit zur Sicherung einer nationalen Seuchenbekämpfung nicht entlassen werden; insoweit kann die GKV nur „subsidiär“, z.B. wegen ihrer größeren Nähe zu den eigenen Versicherten, auftreten; für Privatversicherte sowie für soziale Randgruppen sind entsprechende angemessene Lösungen (PKV, ÖGD) zu verankern.

¹ In der neuen, zum 01.10.2003 in Kraft tretenden Approbationsordnung hat die Prävention einen höheren Stellenwert erhalten. Durch die praxisbezogene und fächerübergreifende Strukturierung besteht die Chance, dass sie auch im klinisch-praktischen Abschnitt einen höheren Stellenwert erhält. Es bleibt jedoch abzuwarten, wie diese Inhalte zukünftig vermittelt werden. Das jeweilige Konzept obliegt den medizinischen Fakultäten.

² Dies setzt entsprechende Strukturen an den Universitäten voraus. Bislang besteht kein Lehrstuhl für Präventivmedizin an einer deutschen medizinischen Universität. Eine Stiftungsprofessur für Prävention und Rehabilitation an der Medizinischen Hochschule Hannover, Zentrum Öffentliche Gesundheitspflege, ist in Vorbereitung.

Die konsequente Anwendung von § 20 des Infektionsschutzgesetzes könnte hier schon eine wesentliche Verbesserung bewirken, indem Schutzimpfungen zu Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erklärt werden und dies bundeseinheitlich gemäß den aktuellen Empfehlungen der STIKO.

Für den Bereich der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen werden die bestehenden Einzelgesetze prinzipiell als ausreichend beurteilt, um den Erfordernissen der Prävention gerecht zu werden und sie auf eine breitere Basis zu stellen. Als mühselig wird z.T. vielmehr der Prozess der Entscheidungsfindung beschrieben und die Verfahrensrichtlinien in dem Bundesausschuss für die Umsetzung als hinderlich bezeichnet.

Gesetzlich verankert werden sollte eine regelmäßige Berichtspflicht, ihre Zusammenführung und Auswertung sowie eine (jährliche) Veröffentlichung auf Bundesebene.

12.1.4 Prophylaxe von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten – SGB V

Prävention in der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen ist einer der wenigen präventiven Bereiche in Deutschland, in der – trotz anfänglicher teilweise heftiger Widerstände – grundlegende rechtliche und struktureller Rahmenbedingungen zur institutionenübergreifender gemeinsamen Durchführung von Präventionsmaßnahmen gelegt wurden und eine eindrucksvolle Verbesserung der (Zahn-)Gesundheit erzielt werden konnte.

12.1.4.1 Verbesserungen in der Mundgesundheit und Aufbau multi-institutioneller Strukturen

Die durchschnittliche Zahl der von Karies betroffenen Zähne – gemessen als DMFT – fiel bei 12-Jährigen von 4,1 im Jahr 1989 auf 1,2 im Jahr 2000. Von der Verbesserung der Zahngesundheit haben vor allem Kinder und Jugendliche sozial benachteiligter Schichten profitiert. Dennoch weisen sie auch heute noch eine vergleichsweise schlechtere Mundgesundheit auf.

Erreicht wurde der Kariesrückgang vor allem durch den zunehmenden Gebrauch von Fluoriden, insbesondere durch die Hinzufügung von Fluorid zu den Zahnpasten. Begleitend wurden Mundhygieneaufklärungen durchgeführt sowie eine zahngesunde Ernährung in Kindergärten und Schulen teilweise unterstützt.

Die wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung einer aufeinander bezogenen Gruppen- und Individualprophylaxe sowie für die zwischen den verschiedenen Beteiligten – gesetzliche Krankenkassen, Einrichtungen der Länder/ÖGD, niedergelassene Zahn- und Kinderärzte – zu entwickelnden und abzustimmenden Strategien ist die gesetzliche Verankerung der Leistungen (§§ 21, 22, 26 SGB V, beginnend 1989) und die Verpflichtung zur Zusammenarbeit. Stießen diese Regelungen insbesondere bei den niedergelassenen Zahnärzten zunächst auf massiven Widerstand, haben sich

inzwischen Strukturen entwickelt, die eine Weiterentwicklung der Prävention ermöglichen.

Konsens aller in der Mundgesundheit Beteiligten ist, dass in einem umfassenden Präventionsmodell Gruppenprophylaxe, Individual- und Intensivprophylaxe sowie die kurative Versorgung ineinander greifen müssen. In einem integrierten Konzept zur Verbesserung der Mundgesundheit, welches auf eine Ermüdung des Patienten (Oral-Self-Care) abzielt, müssen die verschiedenen Prophylaxeebenen schnittstellen-genaу, qualitätsbewusst und synchron auf einander abgestimmt sein, um effiziente und effektive Ergebnisse zu erreichen und um Nachteile für den Nutzer zu vermeiden.

Trotz Einigkeit im Grundsatz ist die Umsetzung der Mundprophylaxe vielfach geprägt um letztlich ressourcenbasierte Auseinandersetzungen um professionelle bzw. institutionelle Zuständigkeiten, besonders deutlich in der „Konkurrenz“ zwischen der Individual- und Gruppenprophylaxe (§§ 21, 22 SGB V) und den Divergenzen zwischen Zahn- und Kinderärzten (§ 26 SGB V).

Die Leistungsbereiche „Gruppenprophylaxe“ und „vertragszahnärztliche Versorgung“ sind rechtlich nur über die zahnärztlichen Früherkennungs- (FU)- und Individualprophylaxe-(IP)Richtlinien miteinander verbunden. Die Regelungen, dass zunächst geprüft werden soll, ob das Kind bereits Leistungen der Gruppenprophylaxe erhält, sind zwar bindend in den Richtlinien niedergelegt, ob sie aber auch immer beachtet werden, ist unbekannt.

Insgesamt hat sich in den letzten Jahren bezüglich Prävention für Kinder und Jugendliche durch die Gruppenprophylaxe ein handlungsfähiges System entwickelt, das aufgrund der unterschiedlichen Ländergesetze und Gegebenheiten vor Ort zwischen den einzelnen Regionen allerdings deutlich variiert. Auch wenn z.T. eine Vereinheitlichung der Strukturen gefordert wird, wird die Beibehaltung der gewachsenen Strukturen für zweckmäßig und notwendig erachtet. Allerdings wird eine Verbesserung in der Koordination, eine verstärkte Einbeziehung der Länder, eine Verbesserung der personellen Ausstattung des ÖGD sowie eine kontinuierlichere Mitarbeit und höhere Motivation der niedergelassenen Zahnärzte in der Gruppenprophylaxe für notwendig erachtet.

Das in einzelne, juristisch getrennte Regelungsbereiche und unterschiedliche Leistungserbringergruppen aufgeteilte Präventionssystem zeichnet sich durch fehlende mangelnde Zielgerichtetheit, fehlende Synergie und eine gewisse Beliebigkeit bei der Leistungserbringung (nicht-bedarfsgerechte Anwendung von Präventionsmaßnahmen) aus. Die gesetzlich vorgesehenen Aktivitäten und Rahmenbedingungen der Mundgesundheitsprävention (§§ 1, 2, 21, 22, 26 SGB V, § 196 RVO) würden durch einen gesetzlichen oder freiwilligen Aufbau zentraler, gebietsübergreifender Strukturen gefördert werden.

Als verbesserungsbedürftig wird auch das derzeitige Finanzierungssystem angesehen, das aufgrund jährlich neu auszuhandelnder Haushalte in jeder Region keine

langfristige Planung ermöglicht. Eine positive Alternative sind (wie in Brandenburg) pauschale Beträge der Kassen an das Bundesland. Einige befragte Experten halten die Festlegung eines Beitrags pro Versicherten für sinnvoll.

Jedoch wird derzeit das ursprünglich anvisierte Ausgabenvolumen für die Gruppenprophylaxe bei weitem nicht ausgegeben. Im Jahr 2001 haben Krankenkassen 63,5 Mio. DM für die Gruppenprophylaxe aufgewandt und damit im Vergleich zu 1999 die Ausgaben um jährlich 0,8 bzw. 2,6 % erhöht (Bundesministerium für Gesundheit 2002, Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen 2002). Der Sachverständigenrat (2001b, Teil III.4, S. 85) hatte dagegen jährliche Ausgabensteigerungen von 15–20 %, geknüpft an Qualitätssicherungsmaßnahmen, empfohlen. Die Verhältnis der Ausgaben für Gruppen- und Individualprophylaxe der GKV beträgt ca. 1:10. Entgegen der ursprünglichen Gesetzesintention konnte das Primat der Gruppenprophylaxe vor der Individualprophylaxe demnach bislang nicht durchgesetzt werden.

Nach der jüngsten Erhebung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahn-pflege (DAJ, 2002) wurden im Schuljahr 2000/2001 Gruppenprophylaxe in 62 % der Kindergärten, 67 % der Grundschulen, 22 % der weiterführenden Schulen und 43 % der Sonderschulen und Behinderteneinrichtungen durchgeführt. Mehrmalige Besuche, wie in dem Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (1995 und 2000) vorgesehen, erfolgten jedoch lediglich in Sonderschulen und Behinderteneinrichtungen häufiger (30 %). In diesen Einrichtungen erhalten auch die meisten Kinder und Jugendlichen eine Fluoridierung (25 %, Grundschulen: 15 %), die insgesamt als defizitär in der Gruppenprophylaxe angesehen wird.

Der prinzipiell mögliche Effekt der Fluoridanwendung und Fissurenversiegelung in der Individualprophylaxe wird durch mangelnde Inanspruchnahme, mangelnde Erbringung, Qualitätsmängel und nicht befundbezogene Erbringung (Versorgung der Nicht-Krankheitsgefährdeten, nicht ausreichende Versorgung der hoch Krankheitsgefährdeten) stark eingeschränkt.

Der Sachverständigenrat (2001b, S. 533) konstatiert in seinem Gutachten zur Über-Unter- und Fehlversorgung, dass „eine aufeinander abgestimmte Gesamtstrategie von Gesundheitsförderung, Bevölkerungsprophylaxe, Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe unter Einbeziehung alters- und sozialspezifischer Parameter ... noch nicht im wünschenswerten Umfang realisiert“ wird.

Insgesamt sind die präventiven Potenziale in der Mundgesundheit bei weitem nicht ausgeschöpft. Die Vision von 1989 für das Jahr 2025 – Kariesfreiheit bei 90 % der 5-Jährigen und keine aktive Karies bei 90 % der 20-Jährigen – erscheint jedoch realistisch, wenn die entsprechenden präventiven Maßnahmen weiter ausgebaut werden und ihr Angebot optimiert wird.

12.1.4.2 Optimierung der Prävention in der Mundgesundheit

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass über die Gruppenprophylaxe insbesondere Kinder und Jugendliche niedrigerer soziökonomischer Schichten gut erreicht werden und eine Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit auf diesem Weg am ehesten möglich ist.

Die auch ökonomisch günstigere Gruppenprophylaxe sollte deshalb weiter ausgebaut und eine Flächendeckung angestrebt werden. Positive Beispiele mit einem datenbasierten Konzept und einer guten Personalplanung liegen vereinzelt in Modellregionen wie z.B. Oberhausen vor.

Fissurenversiegelungen sollten gezielt bei Risikozähnen eingesetzt und besonders bei Migranten, Haupt- und Förderschulen gezielt gefördert werden (Steenkiste 2002).

Für eine verbesserte Zusammenarbeit der beteiligten Partner müssen die teilweise immer noch bestehenden Auseinandersetzungen über die Ansiedlung zahnmedizinischer Leistungen überwunden werden. Hierzu sind auch die personellen Rahmenbedingungen und das Engagement der Beteiligten zu verbessern.

Der Sachverständigenrat (2001b) schätzt den derzeitigen Anteil an individueller Primär- und Sekundärprävention auf jeweils 5 %. Ziel in der Praxis niedergelassener Zahnärzte sollte in den kommenden Jahren eine Umschichtung hin zu mehr Prävention in allen Altersgruppen sein.³ Insbesondere die stark vernachlässigte Mundgesundheit bei Älteren ist eine vordringliche Aufgabe. Schwartz (2002) weist diesbezüglich die Verordnungsgeber auf die Notwendigkeit hin, die zahnärztliche Gebührenordnung angemessen umzuorientieren. Die derzeitige Gebührenordnung gibt keinen Anreiz zu einer verstärkten Prävention. Individualprophylaxe bei Erwachsenen und präventive Patientenschulung erfordern vielmehr eine angemessene Platzierung und Honorierung. Eine Individualprophylaxe bei Erwachsenen sollte angesichts der deutlichen Kumulation präventiver Risiken bei sozioökonomisch schwächeren Gruppen nicht in die private Finanzierung oder Zuzahlung abgeschoben werden (Schwartz 2002).

Die Weiterentwicklung der präventiven Aktivitäten ist künftig mit einer stärkeren Zielorientierung und einer Ausdehnung des Qualitätsmanagements zu verbinden. Neben der Definition von populationsbezogenen Mundgesundheitszielen sollten die beteiligten Partner im Konsens mit der Wissenschaft erreichbare und finanzierbare Präventionsziele mit Prioritätensetzung und gewünschten Outcomes formulieren, die

³ Die Bundeszahnärztekammer hat gemeinsam mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) das Konzept einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde aus befundbezogenen Festzuschüssen und Kostenerstattung erarbeitet, welches dem BMG im Rahmen des Runden Tisches vorgestellt wurde. Dieses Konzept ist dadurch gekennzeichnet, dass es in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde möglich ist, durch eine konsequente präventive Ausrichtung des gesamten Leistungsspektrums, Erkrankungen frühzeitig zu beeinflussen und ihre Ausbreitung deutlich zu mindern.

in einer Evaluation überprüft werden.⁴ Eine Verbesserung erfährt die Prävention auch durch die Anwendung der Evidenzbasierung auf die Prävention.

Einen lebensphasen- und krankheitsübergreifenden Index für die Mundgesundheit und der Erhaltung des natürlichen Gebisses gibt es derzeit nicht (Schneider 2002). Im Sinne einer operationalisierbaren Zielüberprüfung wäre die Entwicklung eines entsprechenden Indices erforderlich.

Positiv hervorzuheben sind die bundesweiten regelmäßigen Erhebungen und Auswertungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege sowie die Durchführung der (inzwischen drei) Mundgesundheitsstudien. Zur Förderung der Transparenz und Überprüfung des Outcomes sollten vorhandene Daten zugänglich gemacht, ggf. zusammengeführt, ausgewertet und mögliche Defizite behoben werden.

Generell sollte auch zur Förderung der Mundgesundheit der Zugang der Bevölkerung zu gesundheitsförderlichen Produkten und Dienstleistungen verbessert und unterstützende Lebenswelten aufgebaut werden (WHO 1988). Aktivitäten, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und die soziale Ungleichheit vermindern, leisten immer auch einen Beitrag zur Förderung der Mundgesundheit.

Dennoch ist es erforderlich, die spezifisch mundgesundheitslichen Themen auch gesondert und gezielt zu bearbeiten. Hierzu müssen förderliche Rahmenbedingungen seitens der Politik gesetzt werden. Für eine wirksame, lebensbegleitende Prävention müssen die finanziellen Ressourcen mittelfristig deutlich erhöht werden, um die zukünftigen Herausforderungen zu meistern. Eine Nachhaltigkeit wird nur erreicht werden, wenn es gelingt, sozial-, geschlechts- und altersbedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern (Verhältnisprävention) und die Eigenverantwortung des Einzelnen zu fördern (Verhaltensprävention).

Die Erstellung eines bundesweiten Programms zur weiteren Verbesserung der Mundgesundheit könnte eine Basis für die Weiterentwicklung der entsprechenden länderspezifischen und kommunalen Umsetzungen sein. Ferner ist es sinnvoll gesundheitspolitische Regelungen in den Bereichen Speisesalzfluoridierung und präventiv ausgerichtete finanzielle Anreizsysteme anzustreben.

In den Bereichen Oralepidemiologie im Alter, Bedarfs- und Versorgungsforschung, Evaluation von Präventionsprogrammen und gesundheitsökonomische Analyse sind gemeinsam mit den angrenzenden Wissenschaftsgebieten Schwerpunkte zu setzen.

Der Sachverständigenrat (2001b) schlägt ein Bündel von einzelnen Maßnahmen zur Verbesserung der Prävention in den kommenden fünf Jahren vor (s. Tabelle 12-2).

⁴ Als Grundlage können die Anregungen aus dem Papier „Draft Global Goals for Oral Health 2020“ der World Dental Federation (FDI) dienen.

Tabelle 12-2: Beispiele für konkrete Zielsetzungen, Rahmenbedingungen und Fristen zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung (Sachverständigenrat 2001b, S. 97)

Problemkreise	Beispiele für konkrete Maßnahmen	Geschätzter Zeitbedarf
Ausbau zahnärztlicher Diagnostik/ Planung/Beratung	Beschreibung neuer Leistungskataloge und -bewertungen Förderung von Maßnahmen des Qualitätsmanagements	Weniger als 2 Jahre Innerhalb der nächsten 5 Jahre
Ausbau risikogerechter Primär- und Sekundärprävention und Ausbau zahnstruktur-erhaltender Maßnahmen innerhalb der Tertiärprävention	Formulierung konkreter Gesundheitsziele, die durch primär-, sekundär- und tertiärprophylaktische Maßnahmen anvisiert werden (z. B. anhand differenzierter DMF- und CPI-Indices o. ä.). Einforderung von jährlichen Rechenschaftsberichten der an der Umsetzung beteiligten Institutionen über zielorientierte Aktivitäten und Ergebnisse durch den Gesetzgeber. Durchsetzung einer breitenwirksamen und flächendeckenden Gruppenprophylaxe; dazu Erhöhung der Ausgaben für Gruppenprophylaxe um jährlich 15-20 % (bei gleichzeitiger Knüpfung an qualitätssichernde Maßnahmen) bis zum Erreichen der vom Gesetzgeber vorgesehenen Gesamtaufwendungen. Erhöhung des Marktanteils von fluoridiertem Speisesalz von derzeit 50 % auf über 80 % Beschreibung neuer Leistungskataloge und -bewertungen für die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention; gleichzeitig Nennung günstigerer Relationen zwischen Primärprävention (derzeit ca. 5 %), Sekundärprävention (derzeit ca. 5 %) und Tertiärprävention (derzeit ca. 90 %) Förderung von Maßnahmen des Qualitätsmanagements	Innerhalb der nächsten 2 Jahre Beginn sofort möglich Innerhalb der nächsten 5 Jahre Weniger als 2 Jahre; Verdoppelung des Leistungsanteils von Primär- und Sekundärprävention innerhalb der nächsten 5 Jahre Innerhalb der nächsten 5 Jahre
Ausbau des gesundheitlichen Verbraucherschutzes	Etablierung von Arbeitsgemeinschaften für zahnmedizinische Patientenberatung in Trägerschaft von Zahnärzteschaft, Kostenträgern, öffentlichem Gesundheitsdienst und ggf. weiteren Institutionen	Innerhalb der nächsten 5 Jahre
Einschränkung von Nachfrage-manipulationen	Konzertierte Aktionen von Zahnärzteschaft, Kostenträgern, Gesundheitsbehörden und weiteren Institutionen	Innerhalb der nächsten 5 Jahre
Neuorientierung der Aus-, Fort- und Weiterbildung/Spezialisierung	Verabschiedung einer neuen zahnärztlichen Approbationsordnung Umsetzung strukturierter Fortbildungsprogramme für Zahnärzte und zahnärztliche Assistenzberufe Umsetzung von Spezialisierungsprogrammen	Prinzipiell kurzfristig möglich; wird von verschiedenen Seiten, u. a. von den Bundesländern, seit Jahren blockiert Innerhalb der nächsten 3 Jahre Innerhalb der nächsten 5 Jahre

Zur Stärkung der Prävention in der Zahngesundheit trägt auch die Stärkung von Dental Public Health in der Aus-, Fort- und Weiterbildung dar. So weist die derzeitige Approbationsordnung für Zahnärzte einen Schwerpunkt auf Zahntechnik auf, während Prävention und Parodontologie zu wenig berücksichtigt werden. Der Sach-

verständigenrat (2001b) weist darüber hinaus auf einen Mangel an spezialisierten Zahnärzten für präventive Zahnheilkunde sowie an Prophylaxepersonal hin.

12.1.4.3 Gesetzliche Einzeländerungen

Während die Bundeszahnärztekammer und der ÖGD die bestehenden rechtlichen Regelungen für den Bereich der zahnmedizinischen Prophylaxe für ausreichend und als eine gute und weiter entwicklungsfähige Grundlage halten, schlägt Wiethardt (2000), Vorsitzender der für den Bereich Mundgesundheit federführenden Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen, mehrere Gesetzesänderungen vor. Hierzu zählt (1) eine bundesweit flächendeckende Prophylaxestruktur mit Dokumentation und Qualitätssicherung, (2) die gesetzliche Verankerung der Struktur der Arbeitskreise auf Bundes- Landes- und kommunaler Ebene sowie (3) eine altersgruppenbezogene Abstimmung der Maßnahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe. Darüber hinaus sollte (4) die Prophylaxe bei Erwachsenen eingeführt und gesetzlich verankert werden.

Breiter fachlicher Konsens besteht zu folgenden Punkten:

- Die private Krankenversicherung, die über die bei ihnen versicherten Kinder von ihrer Teilnahme an der Gruppenprophylaxe profitiert, sollte nach Meinung aller Beteiligten zur Mitfinanzierung verpflichtet werden.
- Eine Verbesserung der besonders kostengünstigen bevölkerungsbezogenen Prophylaxe der Speisesalzfluoridierung sollte gesetzlich durch eine Verwendung von fluoridiertem Salz in der Gemeinschaftsverpflegung und in der Weiterverarbeitung von Lebensmittel verbessert werden.

Zudem sollten zwei fachlich nicht korrekte Begriffe geändert werden: Förderung der Remineralisation statt Zahnschmelzhärtung sowie Änderung der Überschrift des § 21 SGB V von „Verhütung von Zahnerkrankungen“ in „Förderung der Mundgesundheit“.

12.1.5 Selbsthilfe sowie Aufklärung, Verbraucher- und Patientenberatung – SGB V, VI und XI

Mit der gesetzlichen Festlegung der Förderung der Selbsthilfe und der Verbraucher- und Patientenberatungsstellen durch die GKV wurden zwei sehr ungleiche Partner zusammengeführt: auf der einen Seite die Krankenkassen mit ihren traditionellen, hierarchischen und seit über hundert Jahren im Sozialversicherungssystem verwurzelten und spezialisierten Strukturen, auf der anderen Seite die vergleichsweise jungen und sehr heterogenen, vom freiwilligen und emanzipatorischen Engagement der Bürger geprägten Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen ohne eine solche Metastruktur und i.d.R. ohne juristische Unterstützung.

Auf beiden Seiten mussten und müssen Vorurteile und Akzeptanzprobleme überwunden und eine gemeinsame Verständnisbasis aufgebaut werden, um in den inzwischen gesetzlich verpflichtenden Kooperationsstrukturen gemeinsam Lösungen zu finden.

12.1.5.1 Realisierung der Förderung der Selbsthilfe

Mit der im Jahr 2000 zur gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkassen erhobenen Förderung der Selbsthilfe (§ 20 Abs. 4 SGB V) und der damit verbundenen Pflicht zur Verständigung auf einheitliche Fördergrundsätze ist eine deutliche quantitative und qualitative Verbesserung der Förderung zu verzeichnen.

Auch wenn im Jahr 2001 die gesetzlich fixierte Fördersumme nur knapp zur Hälfte erreicht wurde und eine einheitliche kassenartenübergreifende Förderung bislang nur für die Bundesebene der Selbsthilfe erzielt werden konnte, so zeigen doch die zahlreichen Kooperationsstrukturen auf Landes- und kommunaler Ebene die vielfältigen und auch den regionalen Gegebenheiten angepassten Bemühungen vieler Beteiligter.

Aus den vorliegenden Erfahrungen und Best-Practice-Beispielen sollte gelernt und (wenn auch erst kurzfristig Bewährtes) auf andere Regionen übertragen werden. Spezielle Kooperationsmodelle für ländliche Regionen sind weiterzuentwickeln. Ziel sollte es sein, eine hohe Fördereffektivität nach transparenten Kriterien bei geringem Verwaltungsaufwand zu erreichen.

Aufgrund der derzeitigen Heterogenität der Förderlandschaft liegt eine vollständige Übersicht über die Förderungen der Kassen nicht vor. Eine Verpflichtung der Kassen zur Bereitstellung entsprechender Informationen und ihre unregelmäßige Aufbereitung in einem Bericht ist anzustreben. Wünschenswert ist auch eine Transparenz über sonstige Förderer.

Eine Verpflichtung zur Abstimmung der Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen und die öffentliche Hand erfolgte in der neuen Gesetzgebung 2000 – trotz negativer vorliegender Erfahrungen paralleler Förderung – nicht. So führt die Verpflichtung der Förderung durch die Krankenkassen in einzelnen Fällen zu einer Aufgabe bzw. Reduktion der öffentlichen Förderung, während sich andererseits die Kassen auf die Unterstützung der öffentlichen Hand berufen. Eine nennenswerte Zusammenarbeit besteht nicht.

Ein deutliches Defizit besteht in der Umsetzung der Förderempfehlungen im SGB IX (§§ 13 und 29) seitens der Rentenversicherung und weiterer Sozialleistungsträger. Ein stärkeres Interesse der beteiligten Einrichtungen ist wünschenswert.

Selbsthilfeförderung ist darüber hinaus auch als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu begreifen und sollte gemeinsam durch Bund, Länder und Kommunen wahrgenommen werden. Die Bundesregierung sollte in Absprache mit den Ländern für eine angemessene Verteilung der Mittel und damit für die Umsetzung und der gesetzlichen Förderungen Sorge tragen (Klein 2002).

Als positiv ist zu werten, dass sowohl die Selbsthilfe als auch Vertreter der Patienten verstärkt in gesundheitspolitische Arbeitskreise und in Entscheidungsgremien der Gesundheitsversorgung einbezogen werden sollen (Sachverständigenrat 2001, Koalitionsvertrag SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 2002).

12.1.5.2 Verbraucher- und Patientenberatung

Eine wichtige Funktion in der Aufklärung und Beratung übernehmen die zahlreichen Informationsmaterialien der Krankenkassen. Zukünftig sollte die wissenschaftliche Fundierung weiter verstärkt und die Informationen vermehrt aktiv gezielt an definierte Versichertengruppen herangetragen werden.

Die Verbraucher- und Patientenberatung wird über die Förderung von 30 Modellprojekten im Rahmen des § 65 b SGB V von den gesetzlichen Krankenkassen gefördert. Eine Evaluation soll zeigen, wieweit es gelungen ist entsprechende Strukturen aufzubauen und Hinweise über die Beratungsqualität und das Nutzerprofil geben.

Nach dem im Oktober 2002 geschlossenen Koalitionsvertrag ist die auch vom Sachverständigenrat (2001) angemahnte weitere Stärkung der Patientenrolle vorgesehen und ein aktiverer Einbezug in das Gesundheitssystem vorgesehen.

12.1.5.3 Gesetzliche Einzeländerungen in der Selbsthilfe sowie Verbraucher- und Patientenberatung

Abschließend werden für die Selbsthilfe sowie für die Patientenrechte gesetzliche Einzeländerungen dargelegt.

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) hält eine Verbesserung der gesetzlichen Regelungen im § 20 SGB V für notwendig. Sie fordern

- eine Verpflichtung der Krankenkassen zur gleichberechtigten Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen auf Basis gemeinsamer und einheitlicher Richtlinien auf allen Ebenen,
- eine explizite Benennung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen zur Gewährleistung einer Förderung auf Bundesebene sowie
- eine rechtliche Möglichkeit für das Bundesministeriums für Gesundheit steuernd in den Prozess der Förderumsetzung eingreifen zu können.

Eine gesetzliche Definition in Analogie zu § 65b SGB V wird im Hinblick auf die gemeinsame und einheitliche Förderung als sinnvoll erachtet.

Entsprechende Präzisierungen sowie eine Ausweisung der Fördersumme sollte auch im SGB IX und SGB VI erfolgen.

Wie die Umsetzung der Zahnprophylaxe (s. Kap. 5) zeigt, können gesetzlich geförderte Kooperationsvereinbarungen zwischen den Kassen und den Ländern zu einer gemeinsamen Abstimmung und Finanzierung der Maßnahmen führen. Für die

Selbsthilfe ist zu überlegen, ob nicht in ähnlicher Weise die Länder und Kommunen verpflichtend mit eingebunden werden.

Zur Unterstützung der Selbsthilfe und einer stärkeren Förderung der Eigenverantwortung der Patienten wird eine Einbindung weiterer Sozialversicherungsträger wie der Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung ebenso angemahnt wie eine Einbeziehung der privaten Krankenversicherungen (Meierjürgen 1999).

Bezüglich der Regelung des § 65b SGB V bleibt die Definition von „unabhängig“ unklar, der Spielraum ist entsprechend groß. Eine Auseinandersetzung über die Definition von Unabhängigkeit und Neutralität wird als Voraussetzung für die Auswahl und den Aufbau geeigneter Beratungsangebote gesehen.

Für die weitere Förderung sollte eine Klärung erfolgen. Bevor gesetzliche Modifikationen des § 65b SGB V erfolgen, sollten jedoch zunächst die Erfahrungen und Ergebnisse der ersten Förderphase eingehend ausgewertet werden.

Im Bereich Verbraucher- und Patientenberatung wird ein (bereits vorbereitetes) Patientenschutzgesetz als notwendig erachtet, den Umgang mit Patienten neu regelt, mehr Transparenz ermöglicht und u.a. eine Aufklärungspflicht der Ärzte beinhaltet. Als erforderlich wird eine unabhängige Begutachtung bzw. Klärungsstelle (z.B. für abgelehnte Anträge auf Rehabilitation) angesehen.

Die Sozialgesetzbücher sollten daraufhin überprüft werden, welchen Einbezug Patientenvertreter bei der Vorbereitung und Durchführung von Entscheidungen für die Versorgung wichtiger Gruppen bekommen können. Als sinnvoll wird ferner ein übergreifendes Patientenschutzgesetz erachtet, in dem alle vorhandenen Gesetze eingebunden werden, aber auch z.B. das Haftungsrecht neu diskutiert und Fragen der Beweislast beim Patienten und der Beteiligung rechtlich geregelt werden.

12.1.6 Gesetzliche Unfallversicherung

Der Neuausrichtung des Arbeitsschutzes in Deutschland und der entsprechenden Anpassung der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) liegt ein Gesundheitsverständnis zugrunde, dass mit der Berücksichtigung psychosozialer Aspekte und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, einer vermehrten Partizipation der Beschäftigten, einer präventiven Gesundheitspolitik als Querschnittsaufgabe von Betriebs- und Unternehmenspolitik weit über das bisherige traditionelle und enge Verständnis des Arbeitsschutzes im Sinne von Unfallverhütung hinausreicht.

Damit ist eine erhebliche Ausweitung der präventiven Aufgaben für die Berufsgenossenschaften (BGen) als den Trägern der Unfallsversicherung verbunden.

12.1.6.1 Erweiterung der präventiven Aufgaben – Herausforderung für die Unfallversicherung

Die Umsetzung der gesetzlich geforderten Ausweitung der Prävention hin zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ist aufgrund einer engeren hundertjährigen Ausrichtung des Arbeitsschutzes und den damit verbundenen Strukturen sowie Denk- und Handlungsmustern langwierig und bei weitem noch nicht abgeschlossen. Die Überwindung dieser auch aufgrund neuer Entwicklungen in der Arbeitswelt (z.B. Erhöhung der Arbeitsintensität, Ausweitung der Arbeitszeiten) und damit einhergehender veränderter Krankheitsrisiken und -bilder erfordert neue Konzepte und Qualifizierungen auf der Ebene der Berufsgenossenschaften, der Betriebe (Sicherheitsfachkräfte) und der Mitarbeiter. Nicht zuletzt tangieren die Neuerungen auch die Gewerbeaufsichtsämter und die Länder.

Den Anforderungen begegneten die BGen u.a. mit Ausweitungen des präventiven Personals, wobei auch bislang nicht integrierte Disziplinen aufgenommen wie Psychologen und Arbeitswissenschaftler aufgenommen wurden.

Im Bereich der Qualifizierung wurde 2001 ein neues Ausbildungskonzept zur Fachkraft für Arbeitssicherheit eingeführt sowie z.B. Fort- und Weiterbildungen konzipiert zur erweitertem Arbeitsschutz angeboten.

Deutliche Defizite finden sich vor allem in der Erfassung psychischer Belastungen und Beschwerden sowie in der Entwicklung und Umsetzung zielgerichteter Konzepte und Angebote zur verhältnis- und verhaltensbezogenen Prävention.

Zur Förderung einer breiten Kommunikation über vorhandene Erfahrungen und bereits bestehende und geplante Ansätze, einer Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Unternehmen und betrieblichen Handlungsträgern, der Entwicklung von Modelllösungen für kleine und mittlere Betriebe und Sicherstellung einer qualifizierten Beratung ist eine wirksame und koordinierte Politik der Träger erforderlich.

12.1.6.2 Kooperation mit den Krankenkassen

Die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen trägt – insbesondere unterstützt durch gemeinsame Modellprojekte – mit der Entwicklung von neuen Erhebungsinstrumenten, der Zusammenführung und Auswertung von Daten, der damit möglichen Definition detaillierterer Gefährdungsprofile sowie der Erstellung von Gesundheitsberichten zu einem vertieften Verständnis arbeitsbedingter Erkrankungen bei. Dieses sollte zukünftig weiterentwickelt und intensiviert werden.

Auch wenn inzwischen einige Instrumente und Verfahren für die Routineanwendung vorliegen, sind die Ergebnisse noch nicht selbstverständlicher Bestandteil der Berufsgenossenschaften geworden.

Zur Verbesserung der Qualität und Nachhaltigkeit sollten von beiden Kooperationspartnern gemeinsam Standards zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie zur

Qualifizierung entwickelt werden. Auch die erweiterte Berichterstattung sollte vereinheitlicht, standardisiert und in die Routineversorgung überführt werden.

Das größte Problem bei der Zusammenarbeit mit der GKV stellt für die Unfallversicherung der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander dar, das letztlich aber nur vom Gesetzgeber selbst zu lösen ist. Dies wird auch als Problem bei der betrieblichen Prävention in den Betrieben gesehen. Zum besseren Handling wird eine Verpflichtung der Kassen zur kassenartenübergreifenden Kooperation sowie eine Poolbildung in der Finanzierung vorgeschlagen. Ansätze zur Poolbildung bestehen derzeit aufgrund der starken Interessensvertretung der Einzelkassen nicht. Als wesentliche Barriere gilt der Aspekt des Marketings.

12.1.6.3 Optimierung der präventiven Maßnahmen in der gesetzlichen Unfallversicherung

Bei den derzeitigen Entwicklungen einer Intensivierung der Arbeit, Umstrukturierungen in der Arbeitswelt sowie zukünftig höherer Lebensarbeitszeit bei gleichzeitig zahlenmäßig deutlich verringertem Potenzial an Arbeitskräften kommt der Förderung der Gesundheit der Arbeitnehmer ein hoher Stellenwert zu. Das novellierte SGB VII bietet hierzu umfassende rechtliche Voraussetzungen, die in ihrer Umsetzung weiter optimiert werden müssen.

Dies betrifft u.a. die Entwicklung neuer, den o.g. Herausforderungen begegnenden, zielgerichteten Präventionskonzepte und ihre flächendeckende Umsetzung. Insbesondere für kleinere Unternehmen, die im Arbeitsschutz aus der Dokumentation der Gefährdungsbeurteilungen und der ergriffenen präventiven Maßnahmen herausgenommen worden sind, und in der Umsetzung von Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen vernachlässigt werden, müssen verstärkt Präventionsansätze konzipiert und durchgeführt werden.

Zur Erhöhung des vielfach als unzureichend bezeichneten Bewusstseins der betroffenen Arbeitnehmer und der gesellschaftlichen Akzeptanz ist zu überlegen inwieweit gemeinsame Berufsgenossenschaften übergreifende Strategien unter Verwendung von Methoden des Social Marketings sinnvoll sind.

Erprobt und evaluiert werden sollte, inwieweit Anreize z.B. in Form von Prämien die Umsetzung und Akzeptanz präventiver Maßnahmen fördern können.

Neben den bestehenden Kooperationen mit der GKV sollte auch die Zusammenarbeit mit den Rentenversicherungsträgern weiterentwickelt werden, z.B. zur Einbeziehung von Frühberentungsindizien zur Klärung berufsspezifischer Risiken.

12.1.6.4 Gesetzliche Einzeländerungen in der Unfallversicherung

Aus rechtlicher Sicht werden die Rahmenbestimmungen nach dem SGB VII zur Gewährleistung einer wirksamen Prävention, die von den Berufsgenossenschaften auszugestalten sind, im Wesentlichen als ausreichend angesehen. Die Aufgaben sowie

die Rechte und Pflichten der Unfallversicherungsträger im Präventionsbereich sind hinreichend deutlich umschrieben. Sie gewährleisten auf der einen Seite einen rechtlich sicheren Handlungsrahmen und auf der anderen Seite genügend Freiraum, um den sich schnell ändernden Gegebenheiten der Arbeitswelt Rechnung tragen zu können.

Für die einheitliche Durchführung der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren wäre eine Pauschalfinanzierung durch Kranken- und Unfallversicherung hilfreich. § 20 SGB V und § 14 SGB VII sollten eine gemeinsame Regelung vice versa zur Durchführung und Finanzierung bekommen.

Wichtig ist eine klare Abgrenzung der derzeit unterschiedlich ausgelegten gesetzlichen Regelungen. Zur gemeinsamen Erfüllung des gesetzlichen Auftrags der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sollten sämtliche Beteiligte zur Kooperation verpflichtet werden. Ebenso sollte eine kassenartenübergreifende Kooperation der im Wettbewerb stehenden Krankenkassen gesetzlich verankert werden.

12.1.7 Kinder- und Jugendhilfe – SGB VIII

Das SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) bietet zahlreiche Ansatzpunkte für eine gesundheitsbezogene Prävention. Allerdings ist – während der leitende Gedanke der Prävention (im Sinne der Kinder- und Jugendhilfe vorrangig die Vermeidung von Erziehungsdefiziten (Rothenburg 2001) und die Gewährleistung einer stabilisierenden Sozialisation) aus den genannten Zielen und Aufgaben sowie der verwendeten Begrifflichkeit im Kontext vieler unterschiedlicher Handlungsfelder der Kinder- und Jugendhilfe erschließbar ist – der Bezug zu „Gesundheit“ rudimentär. Das SGB VIII hat weder den Gesichtspunkt der Gesundheitsförderung noch den der gesundheitsbezogenen Prävention in den Aufgabenkatalog der Kinder- und Jugendhilfe aufgenommen. „Gesundheit“ bleibt in ihrem Stellenwert im SGB VIII unklar, zum einen, weil der Begriff „Gesundheit“ praktisch nicht vorkommt und bis auf wenige mittelbare Bezüge indirekt erschlossen werden muss, zum anderen, weil gerade „Gesundheit“ aufgrund der bestehenden unterschiedlichen Konzepte verschieden aufgefasst werden kann. Somit bleibt es den einzelnen Arbeitsfeldern überlassen, inwieweit sie sich den neuen Anforderungen stellen und auf der Basis eines neuen Präventions- und Gesundheitsverständnisses auf die heutigen gesundheitsbezogenen Herausforderungen mit einem ganzheitlichen Konzept zur Förderung gesundheitlicher Ressourcen reagieren. Das KJHG ermöglicht sowohl eine deutliche Ausrichtung auf die Gesundheit als auch eine Vernachlässigung von Prävention und Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung und Prävention stellt eine stärker zu entwickelnde Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe dar, die sich sowohl aus den Grundzielen des SGB VIII als auch aus den realen psychosozialen und gesundheitlichen Problemlagen von Kindern und Jugendlichen und deren Familien herleiten lässt.

Die präventiven Regelungen des SGB VIII eröffnen Möglichkeiten, präventive Ziele dem neueren Stand der Diskussion entsprechend umzusetzen und in die vorhandenen vorbeugenden Strukturen zu integrieren. Im Hinblick auf die Ziele einer umfassenden Gesundheitsförderung bieten sie derzeit jedoch keine ausreichende Vorgabe. Es wird die Notwendigkeit zu veränderten und erweiterten Aktivitäten gesehen, die eine diesbezügliche Präzisierung der jetzigen präventiven Regelungen möglich erscheinen lassen. Hinsichtlich einer rechtlichen Ergänzung wird die Verankerung der Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgabe zumindest im § 1 SGB VIII als wichtig angesehen.

12.1.7.1 Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe und ihre Optimierung

Gesundheitsförderung hat inzwischen als programmatische Leitorientierung einen breiten Konsens gefunden und bestimmt auch das fachliche Selbstverständnis vieler Arbeitsfelder der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere des Kinder- und Jugendschutzes und der Jugendarbeit. Weitergedachte Ansätze zur bewussten Vermittlung von Risikokompetenz im Jugendalter, einer Lebensphase, die in vielen Fällen mit der Erprobung von riskanten, gesellschaftlich als gefährlich oder schädlich angesehenen Verhaltensweisen verknüpft ist, finden ebenfalls auf breiterer Basis Eingang in den Diskurs, insbesondere im Zusammenhang der theoretischen Fundierung von Suchtprävention (Hallmann 2002). Dennoch ist das Verständnis von „Gesundheit“ noch vielfach eingeschränkt, medizin- und risikofaktorenorientiert und rückgebunden an Krankheit. Dieses Verständnis ist dem vorliegenden Problemfeld in der Kinder- und Jugendhilfe nicht angemessen. Vielmehr bedarf es eines positiven Gesundheitsbegriffes und einer Konzeption von Gesundheitsförderung, die bei den Perspektiven der Betroffenen ansetzt. So weist Bürger (2000, S. 9) auf „bemerkenswerte Diskrepanzen zwischen der Programmatik – hier der Selbstverständlichkeit, mit der von Prävention geredet wird – und den demgegenüber banalen Praxisrealitäten“ hin. Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass das Konzept der Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe auf einzelne Maßnahmen und Aktivitäten beschränkt ist und bislang nicht zu einer tragenden Handlungsperspektive geworden ist.

Als Barrieren für eine verstärkte Hinwendung zur Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention werden seitens der Kinder- und Jugendhilfe die Ausweitung von Aufgaben gesehen. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund bedeutend, als damit eine umfassende Aufgabenstellung und ein hoher, nicht einzulösender Anspruch verbunden wird.

Für eine stärkere Einbindung gesundheitspräventiver Aufgaben und ihre realistische Umsetzung ist es zunächst erforderlich, Gesundheit und Prävention/Gesundheitsförderung zum Programmschwerpunkt als Querschnittsaufgabe zu machen. Zudem ist eine klare Definition möglicher Ziele, Aufgaben und Handlungsschritte erforderlich sowie die Überprüfung der bisherigen Arbeit auf ihren Gesundheitsbezug (s. Tabelle 12-3). Dabei muss Kinder- und Jugendhilfe nicht alle Aufgaben selber angehen. Ein wichtiger Schritt wäre bereits das Aufzeigen eines Handlungsbedarfs von Seiten der

Kinder- und Jugendhilfe und die Suche nach sowie die Vermittlung geeigneter Kooperationspartner. Entsprechend dem präventiven Verständnis des KJHG wären auch zahlreiche Aktivitäten denkbar, in denen die Kinder- und Jugendhilfe verstärkt von sich aus auf die Bevölkerung zugeht. Dem steht in den meisten Bereichen derzeit allerdings noch das Verständnis der traditionellen Schadensbekämpfung auf Nachfrage mit den damit verbundenen „Komm-Strukturen“ entgegen. Die Übernahme einer neuen präventionsorientierten Rolle erfordert zunächst die Annahme von Prävention/Gesundheitsförderung als Aufgabe und im zweiten Schritt die Ausbildung eines aktiven Verständnisses der Kinder- und Jugendhilfe. Sie erfordert aber vor allem ein Umdenken, das in der Fachpraxis, auch in der Aus- und Weiterbildung, zusätzlich gefördert werden muss.

Tabelle 12-3: Präventive Handlungsfelder der Kinder- und Jugendhilfe

Aufgabenbereich	Wichtige präventive Handlungsfelder	Mögliche Kooperationen
Familienförderung	Ernährung, Adipositas, Bewegung, Zahnprophylaxe, Unfallprophylaxe, Impfungen, Allergien, Medikamenten- und Drogenkonsum, Schwangerschaftsberatung, Konfliktbewältigung, soziale Unterstützung, Gewalt in den Medien, Stärkung des Gesundheitsbewusstseins bei Eltern/Erziehungsberechtigten, Früherkennung und Frühförderung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen, Beratung von Müttern und Vätern/Erziehungsberechtigte	ÖGD Krankenkassen Kinder- und Hausärzte Rehabilitation
Kindertagesbetreuung	Ernährung, Bewegung, Zahnprophylaxe, Konfliktbewältigung, soziale Unterstützung, seelische Beeinträchtigungen, Kindesmisshandlung, Medikamentenkonsum, Unfallprophylaxe, Impfungen, Allergien, Früherkennung von gesundheitlichen, Beeinträchtigungen und Behinderungen	ÖGD, Schule, Krankenkassen
Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz	Suchtmittel, Kindesmisshandlung, Gewalt in den Medien, Konfliktbewältigung, Jugendsekten, Unfallprophylaxe, Sexualaufklärung, AIDS, Empfängnisverhütung, Lärm	ÖGD, Schule
Kinder- und Jugendarbeit	Drogen- und Suchtprävention, Konfliktbewältigung, soziale Unterstützung, Bewegung, Ernährung, Adipositas, Essstörungen, Rechtsextremismus, Fremdenfeindlichkeit, Sexualaufklärung, AIDS	ÖGD Schule
Jugendsozialarbeit	Drogen- und Suchtprävention, AIDS, Konfliktbewältigung, soziale Unterstützung, Ernährung, Bewegung, Schwangerschaft, Arbeitslosigkeit, Rechtsextremismus, Fremdenfeindlichkeit, Schulverweigerung	ÖGD Krankenkassen Bundesanstalt für Arbeit Selbsthilfe

Es bedarf eines verstärkten Dialogs darüber, was Kinder- und Jugendhilfe im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention leisten will und sollte, wo sie Erfordernisse erkennt, bestehenden oder neuen, drohenden Problemen und Gefährdungen zuvorzukommen oder Schlimmeres zu verhüten, wo sie jedoch auch verstärkt Förderung und Unterstützung anbieten muss, damit die Menschen ihre eigenen Ressourcen mobilisieren können und ihre Lebenswelt gesundheitsfördernd gestalten können, wo

sie auf Änderung der Verhältnisse dringen muss, um Lebenswelten gesundheitsförderlicher zu gestalten.

Die Kinder- und Jugendhilfe muss Aufgabenerweiterungen offensiv vertreten und begründen. Sie muss sich – wie bereits der Achte Jugendbericht forderte – einmischen, den Dialog zwischen den Akteuren der Gesundheitspolitik, Sozialpolitik, Jugendpolitik, Jugendhilfepolitik gezielt einfordern und offensiv die Erweiterung von Jugendhilfeaufgaben einklagen (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1990, S. 78), wenn sich dies als notwendig erweist.

In diesem Diskurs sind auch die Länder gefordert. Dies gilt vor allem für die Jugendarbeit, die Jugendverbandsarbeit, die Jugendsozialarbeit und den erzieherischen Kinder- und Jugendschutz (§§ 11 bis 14 SGB VIII), die die Ziele der Gesundheitsförderung verstärkt aufgreifen sollten und für die der Gesetzgeber *Landesrechtsvorbehalte* eingeräumt. Dadurch fordert er die Länder auf, ergänzende Regelungen (Landesausführungsgesetze) einzuführen. Der Landesrechtsvorbehalt hat jedoch lediglich appellativen Charakter und kann keine ergänzenden Regelungen erzwingen, es existieren bisher nur in einigen wenigen Ländern landesrechtliche Regelungen, die über das Bundesrecht hinausgehen (Wiesner u.a. 2000, § 16, Rdnr. 3, S. 191). Es wäre eine dringende Aufgabe der Länder, den rechtlichen Spielraum, ergänzende gesundheitsbezogene präventive Regelungen im Sinne von Gesundheitsförderung zu treffen, bewusster zu nutzen.

Die Länder sind auch gefordert den Bedarf zu ermitteln, um auf seiner Basis eine konkrete Jugendhilfeplanung vorzunehmen. Anhand einer, derzeit allerdings bei weitem nicht hinreichend durchgeführten Sozialbelastungsanalyse könnten auch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen geplant und bei einer regelmäßigen Erhebung einer Überprüfung ihrer Wirksamkeit mit nachfolgenden erforderlichen Anpassungen unterzogen werden.

Die Kinder- und Jugendhilfe sieht sich seit einigen Jahren mit einem steigenden Hilfebedarf konfrontiert, der in unmittelbarem Zusammenhang mit den Folgen des sozialstrukturellen Wandels der Gesellschaft steht und Handlungsnotwendigkeiten erzeugt, die mit steigendem Kostenaufwand für die Kinder- und Jugendhilfe verbunden sind. Kinder- und Jugendhilfe muss auf Beeinträchtigungen und Belastungen im Rahmen der familiären Erziehung, die sich mit steigender Tendenz aus sozioökonomisch und psychosozial prekären Lagen ergeben, verstärkt reagieren und intervenieren. Von ihrem präventiven *Selbstverständnis* her (das in der praktischen Umsetzung das Konzept der Gesundheitsförderung bisher – wie beschrieben – kaum einschließt) hat sie jedoch auch die Aufgabe, Familie auch in ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten zu unterstützen und zu fördern, damit Kinder eine gesunde Entwicklung durchlaufen können (im Sinne ihrer Grundbedürfnisse). In Zeiten, in denen Sparzwänge die öffentlichen Haushalte bestimmen, haben insbesondere die präventiven Anteile des Jugendhilfeleistungsangebotes eingeschränkte Chancen zu bestehen und geringe Chancen, im Rahmen eines umfassenderen Gesamtkonzeptes von gesundheitsbezogener Prävention noch weiter ausgebaut zu werden.

Bürger (2000, S. 11) beschreibt das Dilemma, in dem sich die Kinder- und Jugendhilfe befindet, seit Sparzwänge der Kommunen den problembezogenen Gesichtspunkten des Handlungsbedarfs entgegengesetzt werden. So wird seit einigen Jahren erwartet, dass die Sozialverwaltung sich effizienter organisieren solle (z.B. „neue Steuerung“), um auf diese Weise die Ausgaben für Jugendhilfeaufwendungen zu reduzieren. Kostenzuwachs im Sozialbereich sowie dessen Begrenzung und Rückführung werden – von der Einsparungsintention her begründet – zu einem „immanenten Problem der Sozialverwaltungen und ihrer Akteure“ erklärt. Der gestiegene Kostenaufwand der Kinder- und Jugendhilfe wird auf diese Weise nicht mehr als „Folge der zunehmenden Erosion gesellschaftlicher und sozialer Verhältnisse“ aufgefasst, sondern „zum Problem vermeintlich ineffizienter Leistungserbringung umdefiniert“. Die Kinder- und Jugendhilfe steht hierdurch unter Argumentationszwängen, unter denen es kaum möglich erscheint, weitere Ressourcen für Jugendhilfeleistungen durchzusetzen. „Fachlich begründete Forderungen nach der Bereitstellung bedarfsgerechter Leistungsstrukturen werden als Relikt aus einer Phase vermeintlicher Überversorgung diskreditiert. Im Übrigen steht soziale Arbeit ohnehin in dem Verdacht, in einem ungebremsten Hilfeimpetus nach eigenem Gusto Bedarfe zu erzeugen, denen ein objektiver Begründungszusammenhang fehle“ (ebd., S. 11).

Begründungsschwierigkeiten dieser Art kann Kinder- und Jugendhilfe nur begegnen, wenn sie selber ihre Arbeit im Kontext der für viele Bevölkerungsgruppen zunehmenden sozioökonomischen und psychosozialen Schwierigkeiten der Lebensbewältigung reflektiert und die Folgen dieser Zuspitzung für Kinder, Jugendliche und Familien offensiv darstellt. Es kommt deshalb darauf an, Überzeugungsarbeit auf der Basis von Fakten zu leisten, um präventive Angebote der Kinder- und Jugendhilfe nicht weiter zurück schrauben zu müssen, sondern sie den präventiven Zielen des SGB VIII entsprechend neu auszurichten und in den Kontext eines umfassenden gesamtgesellschaftlichen Konzeptes der Prävention und Gesundheitsförderung zu stellen.

12.1.8 Präventive Versorgung chronisch Kranker sowie Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – SGB IX

Das 2001 in Kraft getretene SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – bündelt die u.a. in der Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Rentenversicherung, der Kinder- und Jugendhilfe und der Arbeitsförderung enthaltenen rehabilitativen Leistungsgesetze (ohne selbst ein Leistungsgesetz zu sein) und führt die Rehabilitation mit der Neuausrichtung am biopsychosozialen Krankheitsverständnis und der Förderung von Selbstbestimmung und Partizipation sowie der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft weit über die zuvor bestehenden Einzelgesetzgebungen hinaus.

Die Rehabilitation bietet mit ihrem Ziel, drohende oder vorliegende Schädigungen zu verhüten oder ihrer Verschlimmerung vorzubeugen, bestehende gesundheitliche und soziale Ressourcen zu nutzen und zu optimieren, Einschränkungen zu kompensieren sowie Barrieren abzubauen oder zu vermeiden vielfältige Ansätze zur primären, se-

kundären und tertiären Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei bezieht das SGB IX nicht nur behinderte, sondern ausdrücklich auch chronisch kranke Menschen ein.

12.1.8.1 Realisation und Optimierung der Prävention in der Rehabilitation

Zuständig für die Finanzierung der Rehabilitation sind sieben verschiedene Trägergruppen, die sämtliche Leistungen oder Leistungsteilbereiche – medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – übernehmen. Nicht einbezogen wurde – vermutlich aufgrund fehlender Leistungsgesetze – die soziale Pflegeversicherung, obwohl gerade ihr in der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit die größte Rolle zukommen sollte.

Um einen für die Versicherten möglichst schnellen und reibungslosen Ablauf bei der Antragstellung und der (auch trägerübergreifenden) Leistungsgewährung zu ermöglichen, wurden die Träger im SGB IX zur Zusammenarbeit und Absprache verpflichtet. Hier wird noch erheblicher Fortentwicklungs- und Anpassungsbedarf gesehen.

Als eine erste trägerübergreifende Anlauf- und Beratungsstelle werden derzeit in mindestens jedem Landkreis und kreisfreier Stadt eine Servicestelle eingerichtet. Wie die bislang sehr geringe Inanspruchnahme zeigt, ist ihr Bekanntheitsgrad allerdings noch zu gering. Hier ist eine intensivierete Öffentlichkeitsarbeit erforderlich.

In der Rehabilitation besteht ein Missverhältnis zwischen dem Bedarf und der tatsächlichen Inanspruchnahme, so dass insgesamt eine rehabilitative Unterversorgung in Deutschland zu verzeichnen ist. Besonders betroffen sind arbeitslose Versicherte und Angehörige unterer sozialer Schichten.

Bislang erfolgte eine Rehabilitation aufgrund aktiver Antragstellung des über die Möglichkeiten der Rehabilitation informierten Versicherten – was durchaus auch positiv gesehen wird. Es ist jedoch zu überlegen, inwieweit zukünftig auch aufsuchende Verfahren einbezogen werden sollten, um gezielt chronisch kranke und behinderte Menschen anzusprechen und zu erreichen. Eine aktive Ansprache der Versicherten kann nach Identifizierung anhand von Routinedaten z.B. von Krankenkassen erfolgen. Dieser Weg eröffnet zugleich die Möglichkeiten frühzeitiger Rehabilitation. Darüber hinaus ist ein verstärkter Einbezug der Betriebsärzte denkbar und sinnvoll. Bedauert wird, dass der ÖGD seine Beratungstätigkeiten deutlich eingeschränkt hat. Gerade über diese Einrichtung wäre ein besserer Zugang zu insbesondere sozial Benachteiligten möglich. Auch die Servicestellen müssen in Zukunft Wege finden, die dazu beitragen, das Missverhältnis zwischen der Inanspruchnahme und Bedürftigkeit zu mindern.

Verstärkte Aufmerksamkeit erfordert auch die frühzeitige Erkennung und Durchführung der Rehabilitation. Kritische Zielgruppen bzw. Bereiche sind vor allem Kinder, Ältere (geriatrische Rehabilitation) und Suchtabhängigkeit.

Bei der frühzeitigen Erkennung, aber auch der Nachsorge, insbesondere bei Problemgruppen, ist eine Zusammenarbeit mit vielen Akteuren erforderlich. Sie ist eine gesundheitspolitische und gesamtpolitische Aufgabe, die auch eine eindeutige Positionierung der Politik zur Rehabilitation erfordert, um nachhaltige Akzeptanz sowohl in der Bevölkerung als auch den Gesundheitsprofessionen zu ermöglichen.

Sofern das Ziel verfolgt wird, durch eine vermehrte Diagnose rehabilitationsbedürftiger Erkrankungen und gezielter Einleitung von Reha-Maßnahmen vermehrt Leistungen zur Rehabilitation durchzuführen, um krankheitsbedingten Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit früher entgegen zu wirken, muss davon ausgegangen werden, dass solche Bemühungen zunächst zu Mehrausgaben führen. Insoweit müsste gewährleistet werden, dass hierfür ausreichende Budgetmittel zur Verfügung stehen.

Insgesamt sollten sich präventive Bemühungen verstärkt am tatsächlichen individuellen Bedarf orientieren und dabei insbesondere versuchen, soziale Benachteiligung auszugleichen. Dies gilt auch für die präventiven Programme während der Rehabilitation. Hier liegen z.T. differenzierte Angebote vor. Ein Defizit besteht u.a. für ältere sowie psychisch kranke Menschen.

Eine deutliche Unterversorgung besteht in dem Bereich der Nachsorge. Strukturierte Programme werden nur ansatzweise von einzelnen Rehabilitationsträger für einige Indikationsbereiche, weder flächendeckend noch langfristig angeboten. Auch ergänzende Leistungen, wie z.B. die sehr gut in Anspruch genommenen Herzsportgruppen, stehen nicht im ausreichenden Umfang zur Verfügung. Zur Förderung und Intensivierung der Nachsorge wird ein Honorar für Hausärzte vorgeschlagen zur Beratung und Weiterführung der Patienten nach der Rehabilitation. Der Bereich der Nachsorge sollte dringend zur Sicherung der Nachhaltigkeit der rehabilitativen Effekte und ihrem Transfer in das Lebensumfeld der Rehabilitanden ausgebaut werden. Bei der Gestaltung und Durchführung sollten die Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen einbezogen werden (Winter, Sindermann 2002). Ansatzpunkte zur Optimierung gibt die Tabelle 12-4.

Bei einem Ausbau der Prävention sollte die jeweilige fachliche Kompetenz und die bestehenden Strukturen berücksichtigt werden. Als Rentenversicherungsträger hat z.B. die BfA ein vorrangiges Interesse an Maßnahmen im Zusammenhang der betrieblichen Gesundheitsförderung, da diese sich am konkretesten auf den gesetzlichen Auftrag, die Sicherung der Erwerbsfähigkeit, beziehen können. Sie sieht sich in der Lage, im Rahmen konkreter Maßnahmen am Ausbau der Prävention zu beteiligen und diese in ihrem Verantwortungsbereich auch umzusetzen. Aufgrund der berufsbezogenen Ansatzweise der Rentenversicherung wäre dies am ehesten für den Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung vorstellbar, bei der mit Arbeitgebern, Arbeitsschutz und Krankenkassen (und den Berufsgenossenschaften) zusammengearbeitet werden müsste. Dabei wären Modellprojekte für die Bereiche der frühen Intervention bei Suchterkrankungen, der Stressbewältigung, der Raucherentwöhnung und der „Rückenschule“ zur Verringerung der vorhandenen Defizite vorrangig sinnvoll.

Tabelle 12-4: Präventive Handlungsfelder in der Rehabilitation

Aufgabenbereich	Wichtige präventive Handlungsfelder	Kooperationspartner der Rehabilitationsträger
Früherkennung von Rehabilitationsbedarf	Entwicklung von Indikationshilfen, Identifizierung von Bedarf unter Nutzung der Routinedaten, Qualifizierung von Erziehern und Lehrern, Einbeziehung der Betriebsärzte, Einbeziehung des ÖGD in die Beratung, Öffentlichkeitsarbeit	Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe, Ärzte, ÖGD
Schulungen für chronisch Kranke	Entwicklung indikationsspezifischer Maßnahmen, Evaluation der Wirksamkeit	Selbsthilfegruppen, Ärzte
Maßnahmen während der Rehabilitation	Entwicklung zielgruppenorientierter Angebote z.B. für psychisch Kranke, Ältere, adipöse Kinder	Rehabilitationskliniken
Nachsorge	Schulungen, regelmäßige Re-fresherangebote	Ärzte, Selbsthilfegruppen, Sportvereine

Zur Überwindung sozialer Versorgungsungleichheit und einer verbesserten Integration der Rehabilitation in das Lebensumfeld der Betroffenen wird der wohnortnahe Ausbau der medizinischen Rehabilitation als ein zukünftiger Kernbereich des Gesundheitssystems gesehen (Winter, Sindermann 2002).

Zur Strukturbildung und Qualitätsförderung sollte neben einer weiteren Förderung der Forschung und Lehre (z.B. Stiftungsprofessur⁵) auch Projekte zum Transfer präventiver Kompetenz in die Mediziner Ausbildung und anderen Berufsgruppen erfolgen.

12.1.8.2 Gesetzliche Einzeländerungen in der Rehabilitation

Die bestehenden Gesetze werden derzeit als ausreichend erachtet. Aufgabe der nächsten Zeit ist es, sie voll umzusetzen und mit Leben zu füllen. Solange dies nicht erfolgt ist, lässt ein Bedarf für weitere gesetzliche Änderungen zugunsten chronisch Kranker zum derzeitigen Zeitpunkt kaum feststellen.

Im Hinblick auf den Umfang und die Intensität präventiver Elemente in der Rehabilitation der Rentenversicherung wird für die Praxis von Vorteil gehalten, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen nur die Ziele der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation) beschreiben und damit den Rentenversicherungsträgern sowie ihren Selbstverwaltungen Gestaltungsspielräume zur konkreten Ausgestaltung von Leistungen zur Teilhabe eröffnen. Eine stärkere Verzahnung von Arbeitgebern, Krankenkassen, Rentenversicherung etc, wird als notwendig erachtet.

Ein wesentlicher gesetzlicher Mangel stellt jedoch die Nichteinbeziehung der sozialen Pflegeversicherung in die Trägerschaft der Rehabilitation dar. Die Pflegeversicherung kann derzeit auch aufgrund eines fehlenden Leistungsgesetzes im SGB XI

⁵ An der Medizinischen Hochschule Hannover wird ein erster Stiftungslehrstuhl zur Prävention und Rehabilitation eingerichtet.

(s. Kap. 11) ihre im Prinzip originäre Aufgabe der Vermeidung des Auftretens bzw. der Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit durch Prävention und Rehabilitation nicht wahrnehmen. Hier besteht zweifacher gesetzlicher Handlungsbedarf.

12.1.9 Soziale Pflegeversicherung – SGB XI

Die Pflegeversicherung, ihre Ausgestaltung und Rahmenbedingungen von Bildung und Versorgung bringen eine Reihe von Anforderungen und Erwartungen an die sich weiterentwickelnde Pflege und Pflegewissenschaft im Hinblick auf Professionalisierung zum Ausdruck, die bislang unzureichend aufgegriffen werden. Die Ursachen liegen einerseits in den Professionen selbst, andererseits verhindert die Konstruktion der Pflegeversicherung selber eine verstärkte präventive Ausrichtung der Pflege.

Mit der grundsätzlichen Leistungszuordnung zu dem zuständigen SGB V-Leistungsträger wird fälschlich der gesetzliche Auftrag aus dem SGB XI zur Prävention als eingelöst und die weitere Diskussion darüber für obsolet betrachtet. Eine solche formale Sichtweise erfasst Notwendigkeit und Defizite von Prävention und Rehabilitation allerdings nicht ausreichend, weil gerade gezielte präventive Maßnahmen zur Verhinderung, Hinauszögerung und Abmilderung von Pflegebedürftigkeit von den Krankenkassen weder fokussiert noch bereitgestellt werden.

12.1.9.1 Prävention als Aufgabe in der Pflegeversicherung

Prävention bietet im Bereich Pflege zwei Ansatzpunkte: (1) Prävention *vor* der Pflege zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und (2) Prävention *in* der Pflege zur weitgehenden Erhaltung und Förderung der Selbständigkeit sowie zur Verhütung der Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit. Beide Bereiche sind in Deutschland vernachlässigt, bislang bestehen nur vereinzelt Modellprojekte.

Prinzipiell greift sowohl die Pflegeversicherung (SGB XI) als auch die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) diese Aspekte auf, ohne allerdings damit für die Pflegekasse eine verbindliche Leistungsgewährung zu definieren bzw. für die Krankenkassen notwendige Anreize oder Verpflichtungen zur Leistungsdurchführung zu setzen.

So dürfen nach jetziger Rechtslage Pflegekassen auf andere Sozialversicherungsträger (insbesondere Krankenkassen, Rentenversicherungsträger) und die Versicherten auf präventive und rehabilitative Leistungen hinwirken (§§ 5, 6, 7, 31 SGB XI), eigenständig anbieten dürfen sie – auch nach Neufassung des SGB IX – diese Leistungen nicht. Zwar dürften die Pflegekassen vorläufig Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbringen (§ 32 SGB XI), erbringen diese aber nicht in dem notwendigen Umfang (Schwartz 2002). Dies ist umso bedauerlicher, da für die übrigen Leistungsträger keine finanzielle Motivation besteht, präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu ergreifen. Damit ist das der Sozialversicherung zugrundeliegende Prinzip „Prävention vor Rehabilitation vor Pflege“ obsolet.

Von den Pflegekassen unterstützt werden Schulungskurse für Angehörige (§§ 28 und 45 SGB XI). Hier ist eine stärkere Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Betroffenen, z.B. Durchführung in häuslicher Umgebung, vermehrte psychosozialer Unterstützung notwendig, zumal in diesen Kursen durchaus auch präventive Elemente zum Tragen kommen können. Der Sachverständigenrat (2001a) fordert eine verpflichtende, flächendeckende, wirksame und zielgruppenspezifische Anleitung von pflegenden Angehörigen.

Problematisch sind bestehende Widersprüche zwischen den verschiedenen Leistungsgesetzen in Bezug auf Leistungen (insbesondere Pflegeprophylaxen), die Pflegefachkräfte eigenverantwortlich erbringen dürfen. Während nach SGB V nur verordnungsfähige Leistungen vergütet werden, Prophylaxen aber nicht als solche alleine verordnet werden dürfen, sind nach § 28 SGB XI Pflegefachkräfte verpflichtet, nach den Regeln der Kunst aktivierende Pflege durchzuführen, ohne dass damit ein Anspruch auf Vergütung besteht. Allerdings gelten im Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQSG) Qualitätsdefizite in der Pflege auch solche aufgrund unterlassener oder unzureichender Prophylaxe ausdrücklich als sanktionierbar.

Diese Widersprüche und Defizite entstehen vor allem, weil für dringend notwendige präventive pflegerische Interventionen die bestehenden Leistungsgesetze keinen eindeutigen Kostenträger vorsehen.

Neben den aufgezeigten gesetzlichen Rahmenbedingungen stehen weitere Barrieren einer Umsetzung von Prävention in der Pflege entgegen. Hierzu zählen die sowohl enge zeitliche Begrenzungen und geringe personelle Ressourcen als auch eine unzureichende Qualifizierung und das trotz erfolgter Professionalisierung in den 90er Jahren immer noch bestehende traditionelle Selbstverständnis der Pflege.

Das Handeln in der Pflege steht in engem medizinischen Kontext, wobei es zumeist um prophylaktische Maßnahmen zur Verhinderung von Folgeerkrankungen wie Dekubitus, Thrombose usw. geht. In der beruflichen Praxis der Krankenpflege stehen Krankheitsorientierung und Krankheitsbewältigung im Vordergrund.

Ein hinreichendes Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung ist in der Praxis nicht gegeben. Deutlich zeigen sich bei der Pflege auch Informationsdefizite hinsichtlich der Potenziale von Prävention im Alter. Hier bedarf es einer spezifischen Wissensvermittlung über die Möglichkeiten und praktischen Ansätze einer Prävention in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Die Verstärkung des Präventionsgedankenguts in der novellierten Krankenpflegeausbildung ist ein notwendiger erster Schritt. Dies macht deutlich, dass übergeordneten Deklarationen und Konzepte z.B. der WHO noch keinen Eingang in die Pflegepraxis gefunden haben.

Eine systematische Realisation muss durch konsequent unterstützende äußere Rahmenbedingungen gefördert werden.

Als notwendig wird die Einrichtung einer „Kommunikationsebene“ (Seewald, Leube 2002) zwischen den verschiedenen mit Pflege befassten Leistungsträgern gesehen, indem die Träger zu transparenten Kooperationsvereinbarungen oder zur Bildung ei-

ner kooperierenden Arbeitsgemeinschaft verpflichtet werden und in die Vertreter der pflegerischen Berufsverbände einzubeziehen sind, und in der auch auf die Prävention in der Pflege ein maßgebliches Thema ist.

12.1.9.2 Förderung der präventiven Potenziale in der Pflege

Die derzeit in der öffentlichen und professionellen Wahrnehmung erfolgende Verortung der Pflege als letztes Glied in der Versorgungskette verhindert die Akzeptanz realistische Einschätzung und Umsetzung der Potenziale von Prävention und Rehabilitation in der Pflege sowohl seitens der Gesundheitsprofessionen, der Politik als auch der Betroffenen selbst.

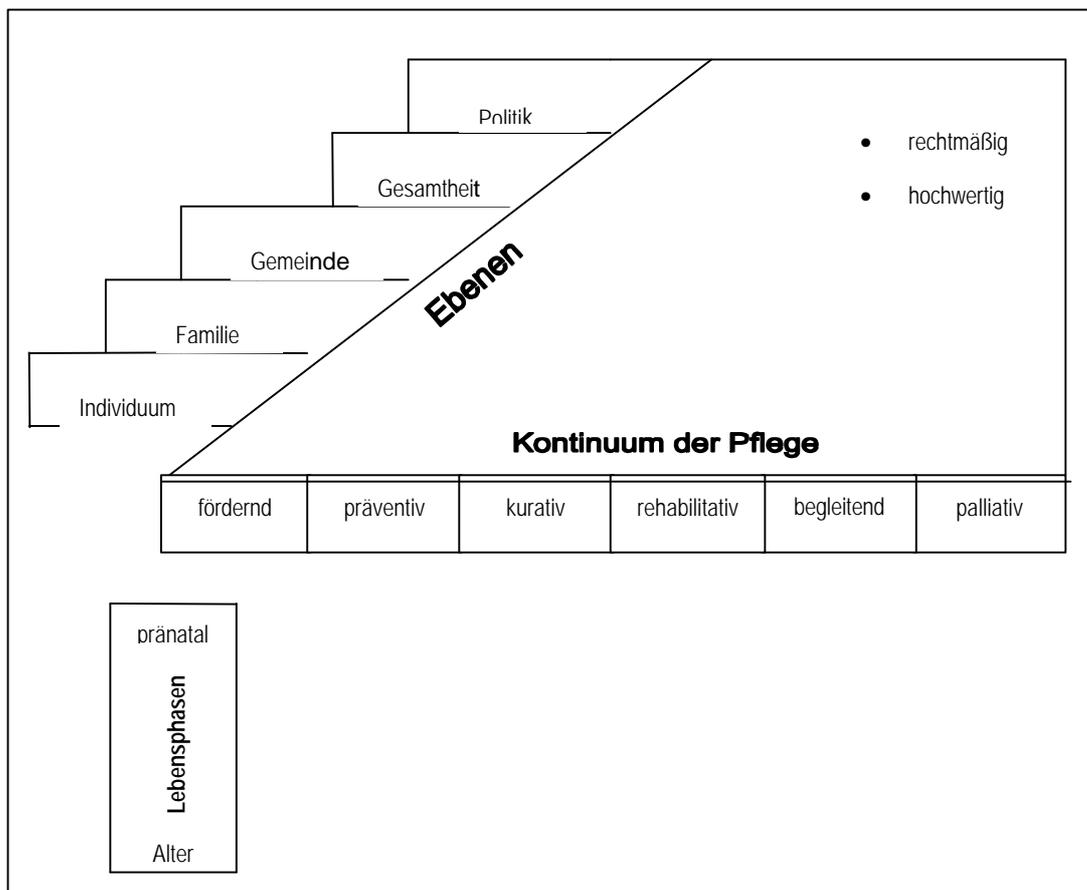


Abb. 12-1: Angebotsrahmen bevölkerungsorientierter Dienstleistungen (Robert-Bosch-Stiftung 2000, S. 101)

Einem moderneren Verständnis von Pflege entspräche es eher, wenn der Disziplin Pflege auch andere Gesundheitsstrategien als Zielsetzung übertragen würden, so dass auch Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation zu den pflegerischen Aufgabenbereichen zählen sollten. So subsumieren neuere Ansätze unter Pflege alle notwendigen Tätigkeiten „in bezug auf das Ziel der Erhaltung oder Wiederherstellung größtmöglicher Selbständigkeit in der Lebensführung, die Integration von Einschränkungen in die Gestaltung des Lebensalltags mit dem Ziel des Wohlbe-

findens oder der Aufrechterhaltung einer gewünschten Lebensqualität trotz Pflegebedürftigkeit.“ (s. auch Abb. 12-1).

Die WHO beschreibt in dem Rahmenprogramm „Gesundheit 21“ für Europa auch Strategien für das Tätigkeitsfeld für Pflegende. So bekommt darin u.a. die „Family Health Nurse“ eine Rolle zugewiesen, die weitaus mehr Funktionen zu erfüllen hat als sie im Pflegeversicherungsgesetz eher somatisch instrumentell beschrieben sind. Präventives pflegerisches Handeln, das derzeit in Deutschland als sekundär- bzw. tertiärpräventiver Aufgabenbereich, wie z. B. in der Pflegeprophylaxe, gesehen wird, sollte ergänzt werden um die Sichtweise auch primärpräventiver Aufgabenbeschreibungen. Erste Ansätze dazu gibt es: präventive Diabetesberatung und -schulung, Beratung und Anleitung in der häuslichen Pflege (Müller-Mundt et al. 2000), Beratung von Obdachlosen (Göpfert-Divier, Lauer 2001), Pflegeüberleitung (Saadaty, Gerth 2000) – nur um einige wenige zu nennen (s. auch Weidner, Ströbel 2002).

Eine weitere Möglichkeit, wie sie z.B. in Dänemark gehandhabt wird, wäre, dass Senioren über 75 Jahre zweimal im Jahr die Möglichkeit haben, sich im Rahmen präventiver Hausbesuche beraten zu lassen. Vergleichbare Initiativen gibt es seit 1999 in Schweden wie in Finnland und Norwegen, ebenso in der Schweiz. In Australien erhalten über 75-Jährige und chronisch Kranke einmal im Jahr ein Gesundheits-Assessment. Entsprechende Case-and-Care-Managementstrukturen werden dort gerade aufgebaut. Ein Modellprojekt wird – nach Schweizer Vorbild – in Hamburg durchgeführt.

Ansätze für präventive Aufgaben in der Pflege zeigt die Tabelle 12-5.

Tabelle 12-5: Präventive Handlungsfelder in der Pflege

Aufgabenbereich	Wichtige präventive Handlungsfelder	Mögliche Kooperationen
Beratung	Diabetes, Inkontinenz, Atemwegserkrankungen, psychische Belastungen, körperliche Belastungen etc.	Pflege-, Krankenkassen, ÖGD Hausärzte
Schulung	Schulung von zu Pflegenden: Diabetes, Inkontinenz, Atemwegserkrankungen etc., kognitives, psychomotorisches Training, Schulung von Angehörigen: psychosoziale Unterstützung, grundlegende Pflegetechniken	ÖGD Krankenkassen Pflegekassen
Aktivierung und Rehabilitation	Schulung von zu Pflegenden, von Angehörigen, ggf. von Pflegeprofessionen: systematische Anwendung rehabilitativer und Selbstkompetenz steigernder somatischer, psychischer und kognitiver Ansätze in der Pflege, an/mit den zu Pflegenden	Krankenkassen Pflegekassen Reha-Träger Ärzte Selbsthilfe
Prävention von Pflege	Interventionen bei Pflegegefährdeten, z.B. abgelehnten Antragstellern, präventive Hausbesuche	ÖGD Krankenkassen Reha-Träger Hausärzte Selbsthilfe
Prophylaxe ⁶	Dekubitus, Thrombose, Pneumonie etc.	Pflegekassen Krankenkassen

⁶ I.S. von Pflegeprophylaxe, d.h. pflegerische Maßnahmen, die einer Zustandsverschlechterung in der Pflege entgegenwirken sollen.

Eine derartige Aufgabenausweitung der Pflege sollte von einer gesellschaftlichen Diskussion um ihren Stellenwert begleitet werden. Für die Pflege selbst wird die Hinwendung zur Prävention auch als Chance gesehen, sich als ein eigenständige Disziplin mit einem unabhängigen Berufsbild weiterzuentwickeln.

12.1.9.3 Gesetzliche Einzeländerungen

Die bestehenden gesetzlichen Regelungen im SGB XI werden unterschiedlich beurteilt. Einerseits werden sie potenziell als ausreichend angesehen, wenn sie entsprechend wahrgenommen würden. Als unglücklich wird erlebt, dass gleiche Sachverhalte sowohl auf Ebene des Bundesausschusses als auch anderen, z.B. vertraglicher Ebene der Selbstverwaltung geregelt – und zwar nicht schlüssig korrigierend – werden.

Zur Stärkung der Prävention und Rehabilitation in der Pflege müssen entsprechende Leistungen in die Pflegeversicherung aufgenommen werden. Die Pflegeversicherung sollte Rehabilitationsträger im Sinne des SGB IX werden.

Gesetzlich verankert werden sollte sowohl im SGB V als auch im SGB XI eine verpflichtende, gemeinsam und einheitliche Kooperation zwischen den Kranken- und Pflegekassen zur Durchführung präventiver Maßnahmen.

Monetäre Anreize zur Prävention für zu Pflegenden sollten auch in der Erst- und Folgegewährung und der Ausgestaltung von Pflegegeld gesetzlich verankert werden.

12.2 Zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse

Nach dem eine Einzeldarstellung der verschiedenen Bereiche vorgenommen wurde, erfolgt eine übergreifende Betrachtung der für eine Harmonisierung und Ergänzung rechtlicher präventiver Regelung wesentlichen Aspekte. Betrachtet werden das jeweilige Verständnis von Prävention in den einzelnen Bereichen, Prävention als Aufgabe der Träger, ihre Finanzierung und Kooperationen. Darüber hinaus wird ein Blick auf die Forschung geworfen.

12.2.1 Verständnis und Begriffe von Prävention

Auffallend ist eine Heterogenität der Begriffe zur Prävention sowohl innerhalb der einzelnen Sozialgesetzbücher als auch zwischen ihnen. Zahlreiche unterschiedliche Bezeichnungen finden sich vor allem im SGB V, dem Regelwerk für die gesetzliche Krankenversicherung, aber auch in den Sozialgesetzbüchern IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) sowie XI (Pflege).

Die Tabelle 12-6 verdeutlicht, dass keiner der Begriffe in allen Sozialgesetzbüchern einheitlich verwandt wird. Noch nicht einmal der Begriff Prävention findet sich durchgängig in allen Regelwerken.

Tabelle 12-6: Begriffe zur gesundheitsbezogenen Prävention in den Sozialgesetzbüchern (Walter 2003)

	SGB III	SGB V	SGB VI	SGB VII	SGB VIII	SGB IX	SGB XI
Prävention		■		■		■	■
Primäre Prävention		■					
Vorsorge		■	■				■
Früherkennung		■				■	
Verhütung/Vermeidung	■	■		■		■	■
Vorbeugung							■
Prophylaxe		■					
Gesundheitsförderung		■					■
Beratung	■	■			■	■	■
Aufklärung		■			■		■
Arbeitsschutz	■	■		■	■		
Kinder- u. Jugendschutz					■		

In vier von sieben Sozialgesetzbüchern wird der Begriff Prävention (lat. *praevenire*, *praevenitum*: zuvorkommen) verwendet und entsprechend mit den Zielen der jeweiligen Sozialgesetzbücher definiert. Dies sind vor allem die Sozialgesetzbücher, die Aufgaben und Leistungen der Gesundheitsversorgung regeln: gesetzliche Kranken-, Unfall-, Pflegeversicherung und Rehabilitation. Im SGB V wird Prävention als Leistung (lediglich) in § 20 erwähnt, und hier – einzig in den Sozialgesetzbüchern – nur spezifiziert als Primärprävention. Dabei wird die krankheitsbezogene Definition verlassen und statt dessen eine allgemeinere salutogen orientierte Zielorientierung formuliert.

Bei der Konzeption des SGB IX wurde trotz einiger anderer differenzierender Anregungen im Gesetzgebungsverfahren sowohl auf die Dreiteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention als auch auf eine Abgrenzung zur Rehabilitation verzichtet. Letztere beiden Begriffe finden sich in keinem der analysierten Sozialgesetzbücher, womit die Bezeichnungen zur Trias der Prävention in den gesamten Sozialgesetzbüchern mit der Primärprävention nur ansatzweise vorhanden sind.

Auch das Verständnis von Prävention ist nicht in allen betrachteten Bereichen identisch und unterscheidet sich – entsprechend den Traditionen der jeweiligen Träger – teilweise erheblich.

In der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht es im Wesentlichen der Definition des Sachverständigenrates (2001, s. auch Kap. 1), im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung orientiert es sich an dem Verständnis der WHO. Allerdings werden die verwendeten Begriffe in den einzelnen Gesetzen (Vorsorge, Früherken-

nung, Gesundheitsuntersuchungen, Primärprävention, Prophylaxe etc.) unsystematisch verwendet.

Über die Begrifflichkeit der Sekundärprävention als Früherkennung bzw. ihre Erweiterung um die Verhinderung eines Wiedereintritts einer Erkrankung gibt es im deutschen Gesundheitswesen bisher noch keinen einheitlichen Konsens. Gerade im Bereich der Krankenversicherung und der Rentenversicherung wird vorwiegend mit der alten Systematik gearbeitet.

Auch wenn in der Pflege das Konzept der Gesundheitsförderung zumindest auf WHO-Ebene verankert ist, so ist die Verwendung der Begriffe Prophylaxe, Prävention, aktivierende Pflege und Gesundheitsförderung noch nicht eindeutig getrennt und mit Inhalten gefüllt. Eine hinreichendes Verständnis in der Praxis ist nicht gegeben.

Die gesetzliche Unfallversicherung ist nach wie vor stark geprägt von dem traditionellen Verständnis des Arbeitsschutzes, bei der (an der kausalen Engführung der unfallorientierten) Gefahrenabwehr und Schutzmaßnahmen im Vordergrund stehen. Ein erweiterter, auf arbeitsbedingte psychische, strukturelle, und komplexe körperliche Gesundheitsgefahren bezogenes Verständnis kann sich erst allmählich durchsetzen.

Die Kinder- und Jugendhilfe kennt Unterscheidungen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Ihnen liegt vor allem ein sozial-pädagogisches Verständnis zugrunde, das nicht an Gesundheit i.e.S. ausgerichtet ist. Der Begriff der Prävention wird im SGB VIII selbst nicht verwendet.

In der Arbeitsförderung ist Prävention, durch das Job-AQTIV-Gesetz nochmals explizit begrifflich verstärkt. Allerdings bezieht er sich hier ausschließlich auf die Verhütung bzw. Verringerung von Arbeitslosigkeit. Gesundheitsbezogene Prävention i.S. des Sachverständigenrates (2001, s. auch Kap. 1) findet sich nicht in der Arbeitsförderung. Entsprechend sind auch lediglich die Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes und Fachberater für Rehabilitation für gesundheitsbezogene Aspekte sensibilisiert.

Da das Verständnis von Prävention wesentlich für die Wahrnehmung der präventiven Aufgaben ist, sollte insgesamt (1) ein bereichs- und professionenübergreifender Diskurs erfolgen, (2) eine Qualifizierung der Professionen im Bereich Prävention verstärkt werden und (3) im Hinblick auf eine Harmonisierung der gesetzlichen Regelungen eine Angleichung der Begrifflichkeiten erfolgen und (4) diese mit spezifischen Inhalten der jeweiligen Bereiche gefüllt werden.

12.2.2 Prävention als Aufgabe der Träger

Die Sozialgesetzbücher haben einen unterschiedlichen gesellschaftlichen Fokus, unterschiedliche Träger mit sehr differierenden Aufgaben, Professionen, Strukturen und Traditionen. Diese bestimmen maßgeblich sowohl das Verständnis von Prävention als auch das Ausmaß ihrer gesetzlichen Einbindung und Umsetzung.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), der als erste Leistungen Ende des 19. Jahrhunderts Wöchnerinnen-, Kranken-, und Sterbegeld übertragen worden sind, übernahm bereits Anfang des 20. Jahrhunderts Aufgaben der gesundheitlichen Aufklärung und Prävention. Vor über 30 Jahren wurden Maßnahmen zur Vorsorge und Früherkennung eingeführt, seit Ende der 80er Jahre erfolgt die Gruppen- und Individualprophylaxe zur Verbesserung der Mundgesundheit. Seit dem gleichen Zeitraum sind – mit Unterbrechung – Primärprävention, betriebliche Gesundheitsförderung und die Förderung der Selbsthilfe als weitere Aufgaben der Krankenkassen definiert worden. Die Stärkung der Verbraucher- und Patientenberatung wurde gesetzlich mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 vorgenommen. Allerdings blieb Prävention und Gesundheitsförderung – trotz mehrfacher Erweiterung, Wiederabschaffung und Modifikation – bis heute mit ca. 3 % der Leistungen der GKV ein Randbereich in der nahezu ganz auf kurative Leistungen ausgerichteten Krankenversicherung.

Die Rentenversicherung musste mit der Neudefinition der Rehabilitation und der Abschaffung des Kurgedankens ihre Konzepte hin zu einer verstärkt zielgerichteten und unterstützenden Prävention modifizieren.

Der Pflegeversicherung kommen – bis auf die Schulungen von Angehörigen – keine Leistungen in der Prävention zu. Entsprechend liegen auch keine Erfahrungen der Pflegekassen als Träger mit der Konzeption und Umsetzung präventiver Maßnahmen vor. Die diesbezüglich vom Gesetzgeber vorgesehene Hinwirkung der Pflegekassen auf andere Sozialleistungsträger zur Erbringung präventiver oder rehabilitativer Leistungen zur Verminderung von Pflegebedarf wird nur sehr unzureichend wahrgenommen.

Der gesetzlichen Unfallversicherung kommen traditionell Aufgaben des Arbeitsschutzes zu. Mit der Neuerung des Arbeitsschutzes und den entsprechenden Anpassungen im SGB VII erfolgte eine deutliche Ausweitung der Aufgaben hin zu mehr Prävention insbesondere arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und der Verpflichtung zur Erforschung ihrer Ursachen.

Kinder- und Jugendhilfe ist eine kommunale Aufgabe, die von den Jugendämtern der Kreise und kreisfreien Städte in Zusammenarbeit mit den Verbänden und nichtstaatlichen Organisationen (Träger der freien Jugendhilfe wie z.B. Vereine, Selbsthilfegruppen, kirchliche sowie bundesweit organisierten Jugend- und Wohlfahrtsverbände) wahrgenommen wird. Das SGB VIII bringt in seinen Grundzielen und durch die Benennung von Aufgabenfeldern ein Verständnis von Sozialstaatsverantwortung zum Ausdruck, das präventives Handeln sowohl im Sinne von Verhinderung von und Schutz vor Gefährdungen als auch im Sinne von Unterstützung, Förderung von Ressourcen und Hinwirken auf eine entwicklungsförderliche Gestaltung der Lebensverhältnisse von Kindern und Jugendlichen und ihren Personensorgeberechtigten beinhaltet.

Die Bundesanstalt für Arbeit hat traditionell nur sehr wenig Berührungspunkte zur gesundheitsbezogenen Prävention. Ihre Hauptaufgaben liegen in der Berufsberatung, Arbeitsvermittlung, Förderung der beruflichen Aus- und Weiterbildung sowie der

Arbeitslosenunterstützung. Damit kommt ihnen für eine gesundheitliche Prävention aber nur eine indirekt wirkende wichtige gesellschaftliche Aufgabe zu. Präventiven Charakter i.e.S. haben Arbeitserprobungen und Berufsfindungen von Personen mit drohenden oder manifesten Behinderungen. Für Gesundheitsfragen ist der Ärztliche Fachdienst zuständig, der allerdings ausschließlich auf Veranlassung der Fachabteilungen der Arbeitsverwalter tätig wird. Allerdings spielen hier in der Praxis präventive Aspekte kaum eine Rolle. Eine stärkere Einbindung sozialmedizinischer Kompetenz ist u.a. in der Berufsberatung sowie in der Betreuung von Arbeitslosen zur frühzeitigen Abklärung gesundheitlicher Probleme zukünftig vorzusehen.

Prävention wird von den Trägern mit sehr unterschiedlicher Tradition und in unterschiedlicher Differenzierung ausgefüllt. Generell bestehen in allen Bereichen erhebliche Potenziale zur Stärkung und Optimierung der Prävention. Hierzu sind teilweise Veränderungen und Konkretisierungen in rechtlichen Einzelregelungen erforderlich. Insbesondere Bereiche, in denen gesundheitsbezogene Prävention nicht bzw. kaum in den Gesetzbüchern erwähnt wird wie in der Arbeitsförderung und in der Kinder- und Jugendhilfe ist eine explizite Aufnahme geboten. Gesetzbücher ohne präventiv wirksame Leistungsgesetze wie die Pflegeversicherung sind entsprechend zu ergänzen.

12.2.3 Finanzierung

Einen Überblick über die Ausgaben zur Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitsschutz und Vorsorge/Früherkennung einschließlich Gutachten und Koordination gibt die Abbildung 14-1.

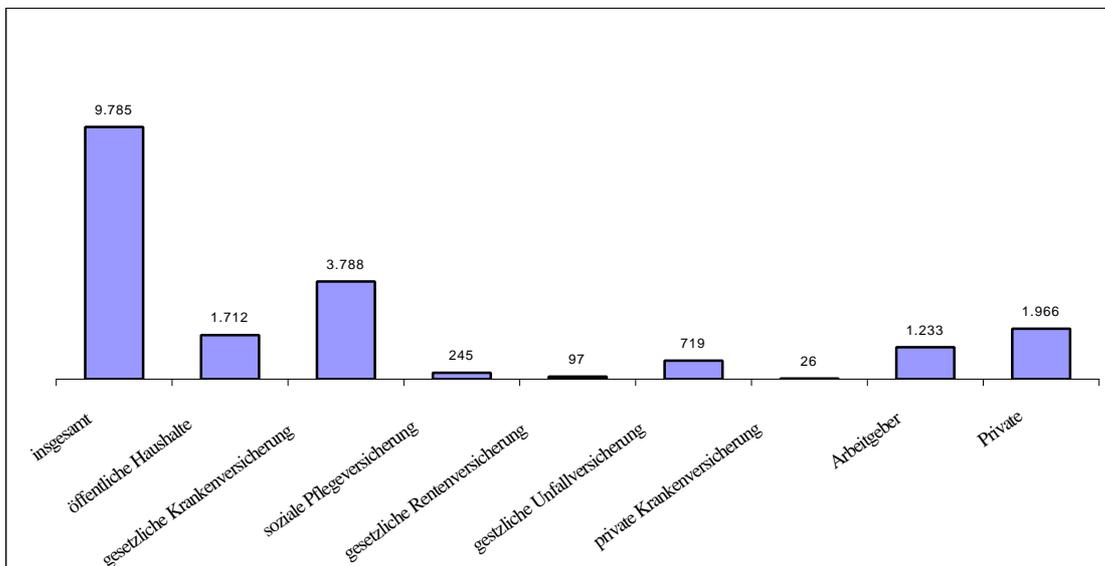


Abb. 12-2: Ausgaben für Prävention/Gesundheitsschutz 2000 in Mio. EUR (nach Daten des Statistischen Bundesamtes 2002)

In vielen Bereichen der Prävention sind mehrere Kostenträger beteiligt. Hier stellen die für die Nutzer als auch für die Institutionen selbst z.T. wenig transparenten und nicht immer logisch ableitbaren Zuständigkeiten ein erhebliches Problem dar.

Schwierigkeiten ergeben sich teilweise auch, wenn neben den Sozialversicherungsträgern weitere Kostenträger wie z.B. die Länder einbezogen sind. Beklagt wird häufig eine mangelnde Planungssicherheit und immer wieder neu zu adjustierende Haushalte (s. auch Wismar et al. 2002).

In dem bestehenden gegliederten System sind die Investoren präventiver Maßnahmen nicht immer auch die finanziellen Gewinner. Die Tabelle 12-7 zeigt vereinfacht derartige Diskrepanzen auf. Dringend erforderlich sind Konzepte zur Überwindung dieser strukturellen Hemmnisse und zu Anreizen für Leistungsträger.

Zur Förderung kooperativ auszuführender präventiver Maßnahmen wird vielfach ein gemeinsamer Förderpool als sinnvoll angesehen, wie er in einigen Bereichen, z.B. der Zahnprophylaxe teilweise umgesetzt wird. Derartige gemeinsame Finanzierungen sollten zukünftig verstärkt werden.

Tabelle 12-7: Kostenträger und Nutzenträger präventiver Leistungen in einzelnen gesetzgeberischen Bereichen (vereinfachte Darstellung)

	Kostenträger
	Kostenträger und Hauptnutzer
	Sonstige Nutzenträger

	Bundesanstalt für Arbeit	Krankenkassen	Rentenversicherungen	Träger Unfallvers.	Pflegekassen	Träger Kinder- und Jugendhilfe	Länder, Kommunen	Sozialhilfeträger	Betriebe, Arbeitgeber
Arbeitsförderung SGB III									
GKV SGB V § 20									
SGB V – Vorsorge									
SGB V –Mundprophylaxe									
Selbsthilfe – SGB V, VI, IX									
Rentenversicherung SGB VI									
Unfallversicherung SGB VII									
Kinder- u. Jugendhilfe – SGB VIII									
Rehabilitation SGB IX									
Pflegeversicherung SGB XI									

12.2.4 Kooperationen

Die Verpflichtung zu Kooperationen als auch die Festlegung von Form und Inhalten sind in den einzelnen Bereichen sehr unterschiedlich geregelt (s. auch Seewald, Leube 2002).

Positiv hervorzuheben ist die gesetzlich verankerte bereichs- und institutionenübergreifende Zusammenarbeit zwischen der gesetzlichen Unfall- und Krankenversicherung zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie die Kooperationen in der Gruppenprophylaxe zur Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen zwischen Krankenkassen, Einrichtungen der Länder und niedergelassenen Zahnärzten in Form gesetzlich vorgegebener Arbeitsgemeinschaften. In beiden Bereichen zeigt sich, dass trotz anfänglicher erheblicher (und z.T. auch weiterhin bestehender) institutioneller und struktureller Barrieren eine in weiten Bereichen funktionierende Zusammenarbeit bei gleichzeitiger spezifischer Anpassung auf die regionalen bzw. betrieblichen Erfordernisse durch eine klare funktionsbezogene Vorgabe erreicht werden kann. In der Zahngesundheit wurde inzwischen eine kontinuierliche Berichterstattung aufgebaut, in der betrieblichen Gesundheitsförderung führte die Zusammenführung und Erweiterung der Routinedaten beider Sozialversicherungsträger zur wesentlichen Weiterentwicklung.

Allerdings zeigt sich, dass dort, wo eine Zusammenarbeit zwar gesetzlich vorgesehen ist, aber tiefgreifende, insbesondere auch finanzielle Interessensgegensätze bestehen, wie z.B. in den Bundesausschüssen der (Zahn-)Ärzte und Krankenkassen, in wichtigen Präventionsregelungen zwei bis drei Jahrzehnte nach ihrer Einführung erheblich verzögerte Modernisierungseffekte und Anpassungen zu beobachten sind. Dies gilt auch für die in einem scharfen Wettbewerb zueinander stehenden Krankenkassen, wenn zur Erreichung des gesetzlichen Ziels mit präventiven Maßnahmen vor allem sozial Benachteiligte zu erreichen, gemeinsame settingbezogene Ansätze nötig wären.

Nicht gesetzlich verpflichtende Kooperationen erfolgen nur vereinzelt, vor allem in Modellprojekten, aus strategischen Interesse und sind vom Engagement Einzelner geprägt. Übergreifende freiwillige Rahmenvereinbarungen liegen kaum vor. Die bloße Möglichkeit von Kooperationen reicht nicht aus.

Kooperationsbarrieren bestehen besonders zwischen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereichs. Hier ist auch im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Stärkung der Prävention ein vertieftes Verständnis der gegenseitigen Arbeitsbereiche und Sichtweisen erforderlich; die Anpassung allzu divergierender, aber funktional nicht gebotener unterschiedlicher begrifflicher und institutioneller Ansätze kann hier Barrieren abbauen helfen.

Eine große Mehrzahl der befragten Experten hält aus diesen verschiedenen Gründen eine gesetzliche Verankerung von Kooperationen für sinnvoll. Dabei wird für eine tatsächliche Realisierung eine weitest mögliche Konkretisierung von Aufgaben, Umfang und Art der Zusammenarbeit als erforderlich angesehen. Auch die benötigten Ressourcen zur Ausführung sollten berücksichtigt werden. Allerdings sollten Kooperationen nur dort gesetzlich fixiert werden, wo tatsächlich ein erheblicher Synergieeffekt erwartet werden kann.

12.2.5 Forschung

Präventive Forschungsaufgaben sind vom Gesetzgeber im Sozialbereich höchst divergent und nicht schlüssig geregelt.

Abgesehen von Forschungen zur beruflichen Rehabilitation, ist die gesundheitsbezogene präventive Forschung im Bereich Arbeitsförderung sehr gering.

Die gesetzliche Unfallversicherung ist seitens des Gesetzgebers aufgefordert, Forschungen durchzuführen, nach der Novellierung des SGB VII auch zur Erforschung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat keinen gesetzlichen Forschungsauftrag; sie kann in sehr begrenztem Umfang wissenschaftlich begleitete (genehmigungspflichtige) auch präventive Modellversuche durchführen. In sehr begrenztem Umfang beteiligt sie sich auch in einem Forschungsverbund gemeinsam mit dem BMBF zur Versorgungsforschung, in dem es bestenfalls indirekt um präventive Inhalte geht.

Die gesetzliche Rentenversicherung kann Forschungsaufträge vergeben, sie macht davon im Rahmen der auch präventive Fragen ansprechenden Rehabilitationsforschung u.a. in einem gemeinsamen Forschungsverbund mit dem BMBF Gebrauch.

Öffentlich finanzierte, vor allem verhaltensorientierte Präventionsforschung gibt es in Deutschland kaum. Nennenswerte Förderungen sind die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (1979-1992 mit ca. 7,1 Mio. EUR/Jahr) und die Public Health Forschung (1992-2001, von denen max. 1/6 der Projekte auf Prävention und 1/3 auf Gesundheitsförderung i.w.S. entfiel, dies entspricht ca. 2,3 Mio. EUR/Jahr). Hinzu kommen einzelne Projekte des BMBF, BMG und BMFSFJ ohne übergreifende präventive Themenrahmen sowie Projekte im Rahmen der Reha-Forschungsverbünde. Mit erheblichen staatlichen Fördersummen versehen werden dagegen die Felder viraler und mikrobieller Infektionskrankheiten (mit z.T. hohen präventiven Gehalten) und Genetik (mit einem noch hochgradig unklaren präventiven Potenzial).

Industriefinanzierte Forschung spielt in der Prävention (abgesehen von den Bereichen Impfungen und Pharmakoprävention sowie genetische Diagnostik und Intervention) keine nennenswerte Rolle.

Eine präventionsbezogene Infrastruktur in der Forschung (jenseits von Mikrobiologie, Virologie und Genetik) gibt es an den deutschen Universitäten lediglich im Rahmen der Public Health Strukturen. Ein Lehrstuhl für Prävention existiert an deutschen Universitäten nicht; ein erster Stiftungslehrstuhl wird 2003 an der Medizinischen Hochschule Hannover eingerichtet. Zwar wurden mit der Public Health Forschungsförderung und den universitären Public Health Postgraduiertenstudiengängen innerhalb von zehn Jahren mit großen gemeinsamen Anstrengungen beachtliche Kompetenzen und Strukturen aufgebaut (Siegrist et al. 2002). Diese werden jedoch mangels fehlender Anschlussförderung z.T. nicht aufrechterhalten und z.T. nicht weiter entwickelt. Zur Zeit sind vielmehr im wissenschaftlichen Nachwuchs hohe Abwanderungen in angrenzende Gebiete zu verzeichnen.

Neben der fehlenden Nachhaltigkeit präventiver Forschungsförderung in Deutschland sind weitere Probleme der Forschung zu benennen: Sie ist gebunden an (1) Institutionen der Sozialversicherungen (z.B. Reha-Forschungsverbände, Versorgungsforschung der Krankenkassen) oder an (2) Ressorts der Ministerien und bezieht sich daher (3) oft auf enge und zeitgebundene Fragestellungen. Leider sind Studien mit einer derart engen Anbindung an die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems häufig international kaum von Interesse – ein Aspekt der in der universitären Forschungslandschaft aufgrund der Berücksichtigung von Impact-Faktoren bei der internen Verteilung der Budgets (als auch bei den wissenschaftliche Fachgutachtern) jedoch eine zunehmend größere Rolle spielt. Zur akademischen und wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Prävention tragen daher derartige Studien nur in begrenztem Umfang bei, sie zementieren eher die bestehenden international nicht kompetitiven Strukturen.

Für langfristige wissenschaftliche Forschungs- und Entwicklungsprojekte, die umfassende und grundlegende Fragestellungen aufgreifen oder sich ggf. auch mit den gegebenen Versorgungsstrukturen kritisch auseinandersetzen, ist eine Förderung aus öffentlichen Mittel unabdingbar. Diese könnten auf Bundesebene bzw. unter Beteiligung der Länder in den sog. Blauen Liste Instituten (z.B. als ein nationales Institut für Präventionsforschung) oder als eine Einrichtung der Max-Planck-Gesellschaft angesiedelt sein. Wichtige, aber wenige Beispiele einer Max-Planck-gestützten Forschung mit Gesundheitsbezug sind die Berliner Altersstudie (Max Planck Institut für Bildungsforschung) und eine größere Versorgungsstudie zur Psychiatrie (Max Planck Institut für Psychiatrie).

12.3 Weiterentwicklung der Prävention

Einigkeit besteht darüber, dass Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist und von verschiedenen Einrichtungen und Ressorts auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene getragen, finanziert und umgesetzt werden muss.

Die Idee einer Stärkung der Prävention in Deutschland und einer ressortübergreifenden Präventionspolitik findet eine große Mehrheit in den Einrichtungen und Verbänden auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Bemängelt wird das Fehlen einer orientierenden und mobilisierenden Kraft nationaler Gesundheitsziele mit hohem Verbindlichkeitsgrad. Bei der derzeitig bestehenden Unschärfe in der Prioritätensetzung sind weder die zu verfolgenden Ziele noch die erforderlichen Umsetzungsaufgaben deutlich.

Auch die Abgrenzungen und Einzelstrategien in den verschiedenen Politikfeldern werden als ein wesentliches Hemmnis gesehen. Präventive Programme werden oft nur aus aktuellem und öffentlichkeitswirksamen Anlass durchgeführt. Für nachhaltige abgestimmte bevölkerungsweite Konzepte gibt es zu wenig Unterstützung, bzw. werden hierfür keine oder zu wenig finanzielle Mittel bereitgestellt.

Wird die Stärkung der Prävention als vierte Säule im Gesundheitswesen ernst genommen werden, so ist

- (1) eine entsprechende gesetzliche Verankerung der präventiven Maßnahmen zu erwägen (Homogenisierung der gesetzlichen Regelungen: Präventionsgesetz),
- (2) eine Struktur zu bedenken, deren Entscheidungen normativ und organisatorisch bindende Kraft haben (Koordinierung der Akteure) und
- (3) über eine angemessene Finanzierung zu befinden.

In diesem Prozess muss die Bundesregierung eine führende Rolle übernehmen und verbindlich (1) Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definieren, (2) Ziele darlegen und (3) Akteure zur Umsetzung benennen. Ein allein moderierendes Rollenverständnis der Funktion von einer Bundesregierung wird der anstehenden großen Aufgabe und Herausforderung nicht gerecht und kann nicht zu einer nachhaltigen Umorientierung führen. Es bedarf vielmehr, um die Vielfalt der zwar im übergeordneten Ziel – der Stärkung der Prävention – einigen, in den nachgeordneten Zielorientierungen und Umsetzungen aber oft stark differierenden, Partikularinteressen verfolgenden, Geflecht der unzähligen Einrichtungen, Verbände und Interessensgruppen auf ein gemeinsames Ziel hin zu bündeln, einer deutlichen Schwerpunktsetzung und Steuerung der Politik. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die große Chance einer nationalen Umorientierung der Gesundheitsversorgung hin zu mehr Prävention sich in zahllosen, den Beteiligten selbst überlassenen Prozessen verzettelt und in kleinsten gemeinsamen Nennern verpufft.

Die Wahrnehmung der Steuerungsfunktion wird insbesondere auch bei der Finanzierung der Prävention dringlich. Zur Umsetzung einer effektiven und langfristigen Mehr-Ebenen-Präventionsstrategie ist (auch) die Bereitstellung öffentlicher Mittel erforderlich. Soll Prävention der Gesundheit der Bevölkerung zugute kommen, kann sie nicht allein aus interessengeleiteten privaten Mitteln finanziert werden. Die finanzielle Unterstützung von Prävention kann nicht aus sich selbst heraus erfolgen, sondern sie erfordert in dem anstehenden Diskurs um eine Ressourcenverschiebung im Gesundheitswesen ein deutliches Votum der Politik.

Im Einzelnen werden folgende Schritte als wichtig gesehen:

- eine ressortübergreifende integrierte Präventionspolitik mit entsprechender Zielorientierung und Zusammenarbeit zwischen allen Bundesministerien⁷,
- eine gesamtgesellschaftliche Definition nationaler Gesundheits- und Präventionsziele, die an dem gesundheitsbezogenen Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet sind und nicht in das beliebige Ermessen einzelner, oft unter ökonomischen Gesichtspunkten handelnder Akteure gestellt werden dürfen,

⁷ Zur Gewährleistung einer horizontalen Vernetzung verschiedener ministerieller Fachressorts und der vertikalen Abstimmung der EU-, Bundes-, Landes- und Kommunalen Ebene schlagen Trojan und Legewie (2000) die Einrichtung einer Stabsstelle im Bundeskanzleramt bzw. einen interministeriellen Koordinierungsstab vor.

- eine gemeinsame Prioritätensetzung auf zentrale Gesundheitsprobleme zur effektiven Bündelung der Maßnahmen,
- die Entwicklung wissenschaftlich fundierter nationaler Präventionskampagnen,
- daraus abgeleitete Definitionen von Aufgaben und eine verpflichtende Zuordnung zu Akteuren,
- Qualifizierungsmaßnahmen für Professionen im Gesundheits- und Sozialwesen,
- eine beständige Evaluation der Gesundheitsziele und ggf. ihre Neujustierung,
- eine adäquate finanzielle und personelle Ausstattung,
- eine übergreifende Finanzierung der Prävention aus körperschaftlichen, staatlichen und privaten Quellen, die Einbindung z.B. der Auto-, Tabak, Alkohol, Nahrungsmittel- und Freizeitindustrie sowie eine Beteiligung der sozialen wie der privaten Krankenversicherung und anderer öffentlicher Körperschaften mit präventiven Aufgaben.

Soll Gesundheit zu einem Wert über das Gesundheitssystem hinaus werden, müssen Gesundheits- und Sozialverträglichkeitsprüfungen analog der Umweltverträglichkeitsprüfungen ein verpflichtender Bestandteil von Planungsprozessen werden, um eine bessere Synthese von wirtschaftlichen Belangen und gesundheitlichen bzw. Lebensqualitätsaspekten zu erreichen.

12.3.1 Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung

Die Entstehung des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung wird von allen befragten Experten begrüßt. Auch wenn eine gemeinsame Arbeit mit allen Organisationen teilweise als schwierig gesehen wird und unsicher ist, ob eine derart unverbindlich organisierte Plattform die erhofften Wirkungen entfalten kann, wird dieser erste Schritt hin zu einer gesamtstaatlichen Institutionalisierung der Prävention positiv bewertet. Als wichtig wird die politische und mediale Chance erachtet, dass Prävention aus dem gesundheitspolitischen Randbereich herausgelöst wird und einen entsprechenden Stellenwert im Gesundheitswesen (die erste von „vier Säulen“) erhält. Auch die breite Ausrichtung und die Einbindung zahlreicher, bislang nicht verkoppelter Einrichtungen und Träger wird befürwortet. Einer derartigen übergreifenden Einrichtung werden Chancen zugesprochen, die bestehenden Segmentgrenzen aufzuweichen und zu überwinden.

Für ein kooperatives und konzertiertes fachliches-inhaltliches Vorgehen aller in der Prävention verantwortlichen Einrichtungen und Akteure könnte ferner ein Nationaler Präventionsrat Sorge tragen (Chavet 2001).

Es besteht die Erwartung, dass durch das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung auch notwendige Diskurse in der Prävention vorangetrieben werden, z.B. die Vorbereitung eines Präventionsgesetzes und präventive Eckpunkte für eine Gesundheitsreform. Es könnte zur Vorbereitung rechtlicher, struktureller und inhaltlicher Reformen zur Stärkung der Prävention im Gesundheitswesen genutzt werden.

Das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung wird zumindest als eine Basis beurteilt, die gehört werden muss.

Die Bildung darüber hinausgehender Organisationsstrukturen, z.B. in Form einer Stiftung, wird, auch aufgrund der noch ungeklärten Finanzierung, differenziert beurteilt. Dabei sollten Erfahrungen, auch Schwierigkeiten und konzept- oder managementbedingte, inhaltliche und strukturelle Fehlentwicklungen anderer Länder wie z.B. in der Geschichte der Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“ (Weiß 2002) berücksichtigt werden.

12.4 Präventionsgesetz

Ein übergreifendes Präventionsgesetz wird von der überwiegenden Mehrheit der im Rahmen der vorliegenden Expertise befragten Experten befürwortet. Eine vergleichbare Tendenz zeigen die Stellungnahmen zur Anhörung zu den Anträgen der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie der CGU/CSU zur Stärkung der Prävention im Deutschen Bundestag am 26. Juni 2002.

Keine derzeitige Notwendigkeit für ein Präventionsgesetz sehen mehrere Träger bzw. Verbände im Bereich Arbeit. Hierzu zählt auch der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB, 2002). Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA, 2002), die eine Gleichstellung von Prävention mit Kuration, Rehabilitation und Pflege aufgrund fehlender Evidenzbasierung nicht befürwortet, spricht sich ebenfalls gegen ein übergreifendes Präventionsgesetz aus. Aus ihrer Sicht darf es ein umfangreiches Präventionsgesetz nicht geben, in welchem nur ein geringer Teil den Arbeitsschutz im Betrieb betrifft.⁸ Zudem wird die Gefahr einer vermehrten Unübersichtlichkeit und Intransparenz gesehen. Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (2002a) befürchtet bei einer Harmonisierung einen Niveauverlust für den Arbeitsschutz, wenn die derzeitigen Regelungen nach denen anderer Sozialversicherungszweige ausgerichtet werden.

Die befragten Rentenversicherungsträger, die derzeit stark in die Umsetzung des erst 2001 in Kraft getretenen SGB IX involviert sind, stehen einem übergreifenden Präventionsgesetz ebenfalls eher skeptisch gegenüber.

Die Umsetzung an der Basis wird auch von anderen Befragten vereinzelt kritisch gesehen. So bestehen Befürchtungen, dass die Zusammenarbeit und Realisation der Prävention bei zu vielen gemeinsamen Vorgaben nicht einfacher wird.

Andere Verbände und Einrichtungen, wie z.B. die Spitzenverbände der Krankenkassen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2002), der Bundesverband der Unfallkassen, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Deutsche Pflegerat, die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.,

⁸ Als erfolgversprechender sehen sie freiwillige Abstimmungen zwischen den einzelnen Handlungspartnern an.

die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Verbände der chronisch kranken und behinderten Menschen, die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Winter, Sindermann 2002) begrüßen eine Harmonisierung und Verzahnung von bundes- und landesgesetzlichen Bestimmungen zur Prävention.

Aus zusammenfassender Sicht dieser vorliegenden Expertise gibt ein übergreifendes Präventionsgesetz der Prävention die Chance eines zentralen Stellenwertes, den sie derzeit mit z.T. nachgeordneten Einzelregelungen in zahlreichen Gesetzen nicht hat. Insbesondere kann ohne ein solches Gesetz Auftrag und Chance der Prävention aus gesamtgesellschaftlicher Sicht nur unzureichend wahrgenommen werden und die von allen Beteiligten als notwendig bejahte Stärkung aller Voraussicht nach nicht erfolgen.

Ohne eine synergetische Zusammen- und Weiterführung aller wichtigen verhaltens- und verhältnisbezogenen gesetzlichen präventiven Regelungen ist eine nachhaltige Stärkung und Weiterentwicklung des Präventionsgedankens in Deutschland wenig wahrscheinlich. Unter den derzeitigen Gegebenheiten besteht vielmehr sogar die Gefahr, dass die einzelnen fördernden Bestrebungen durch widerstrebende Kräfte zerstreut oder zurückgedrängt werden.

Ein wesentliches Ziel sollte sein, das derzeitige unkoordinierte Vorgehen und Nebeneinander präventiver Einrichtungen und Maßnahmen mit nur vereinzelt vorliegenden übergreifenden Rahmenvereinbarungen zu beseitigen bzw. zu verringern. Sektorale Grenzen sind sinnvoll zu überwinden und bislang nicht beachtete Bereiche und potenzielle Kooperationspartner zusammenzuführen.

Das Gesetz sollte allerdings weniger eine Ansammlung der Einzelgesetze sein, als diese vielmehr unter gemeinsamen Leitgedanken zusammenführen.

Ferner müssen auf Basis der Analyse bestehender Probleme in den Einzelgesetzen und ihrer Verzahnung gezielt Lösungen zu einer Optimierung gesucht und gesetzlich implementiert werden.

Wichtig sind i.E. folgende allgemeine Aspekte:

- Abklärung und Vereinheitlichung der Begrifflichkeiten,
- klare Definition von Aufgabenfeldern und Zuschreibungen von Verantwortlichkeiten für einzelne Akteure,
- klare Benennung von Zielen, Art und Verpflichtungen zur Zusammenarbeit (wird von zahlreichen Befragten als notwendig erachtet),
- eindeutige Regelung der Finanzierung durch Kostenträger und sonstige Quellen,
- monetäre pro-präventive Anreize für Leistungsträger und (ggf.) für die Nutzer von Prävention,
- Verpflichtungen zu einer ex-ante und/oder einer ex-post Evaluation für Maßnahmen und Strukturveränderungen,

- Durchführung entsprechender Forschungs- und Modellvorhaben, auch über Institutionengrenzen hinweg,
- Übernahme effektiver und effizienter Modellprojekte in die Regelversorgung, dabei muss die „Funktion“ Vorrang vor „Institution“ haben,
- Regelungen zur Zusammenführung und Nutzung von Daten.

In einem Präventionsgesetz sollten die zahlreichen Gesetze gesammelt, begrifflich geklärt, vereinfacht, ergänzt und in verständlicher Form präsentiert werden. Gerade in der täglichen Erfahrung mit ratsuchenden Patienten wird deutlich, dass eine Inanspruchnahme präventiver und gesundheitsfördernder Leistungen entscheidend von der Transparenz der Angebote und dem Wissen um die rechtlichen Ansprüche abhängig ist.

Generell sind zwei Alternativen denkbar: (1) ein einheitliches Präventionsleistungsgesetz oder (2) ein Rahmengesetz für die Prävention.

Nach Jung (2002) kann eine Zusammenfassung und Weiterentwicklung des Präventionsrechts z.B. in einem neuen SGB XII nicht sämtliche Erscheinungsformen der Prävention in allen staatlichen Bereichen erfassen. Sie muss sich zwangsläufig auf das Bundesrecht beschränken, wobei das bewährte gegliederte Leistungssystem im Grundsatz beibehalten werden sollte.⁹ Analog zu dem SGB IX sollten Regelungen, die für mehrere Leistungsträger einheitlich sein können, in dem neuen übergreifenden Gesetz getroffen werden. Notwendige unterschiedliche Vorschriften sollten nach den selben Gesichtspunkten geordnet und formuliert werden und unabhängig von ihrer gesetzlichen Einordnung zu einem nahtlosen Ineinandergreifen der Bereiche beitragen.

Da auch die Einzelregelungen in den jeweiligen Gesetzbüchern einer Neuorientierung i.S. der Gesamtstärkung der Prävention bedürfen, ist auch hier eine Überarbeitung erforderlich. Dies betrifft sowohl die Einzelregelungen selbst, zu denen die vorliegende Expertise zahlreiche Anregungen gibt, als auch eine Harmonisierung innerhalb der einzelnen Gesetzeswerke. Dabei sollten die Spezifika einzelner Bereiche wie z.B. im Arbeitsschutz und die sozial-pädagogische Perspektive der Kinder- und Jugendhilfe in einem übergreifenden Gesetzeswerk nicht verloren gehen, sondern vielmehr synergetisch genutzt werden. Der Perspektivwechsel von einer Abkehr von der Dominanz der Akutmedizin hin zu einem vermehrt präventiven Zielen verpflichteten flexiblen und integrierten Versorgungssystem muss durchgängig in allen relevanten Gesetzen verankert werden (Winter, Sindermann 2002).

Soweit dem Bund eine Gesetzgebungskompetenz nicht zusteht, wie z.B. in den Bereichen Schule und Öffentlicher Gesundheitsdienst, sollten Anstöße zu entsprechenden einheitlichen Regelungen auf Länderebene von einem erforderlichen begleiten-

⁹ Neben den Sozialgesetzbüchern sollten weitere rechtliche Regelungen zu Leistungen und zur Organisation wie z.B. zum Arbeitsschutz und zum gewerblichen Gesundheitsschutz (Mutterschutzgesetz, Jugendarbeitsschutzgesetz, Arbeitsstättenrichtlinien) in die Überlegungen eines Präventionsgesetzes einbezogen werden.

den Aktionsprogramm Prävention aus erfolgen (Jung 2002). Jedoch sollten – z.B. in Anlehnung an die Zahnprophylaxe im SGB V – die Länder (und Kommunen) soweit möglich gesetzgeberisch als verpflichtende Kooperationspartner einbezogen werden. Für die Umsetzung nationaler Präventionsstrategien sind mittelfristig definierte und transparente Kooperationsstrukturen auf Länder- und kommunaler Ebene erforderlich.

Im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Stärkung der Prävention sind alle neuen Gesetzgebungen auch außerhalb des Präventionsbereichs im Hinblick auf ihre Konfliktfreiheit zur Prävention zu überprüfen. Prävention darf nicht durch anderweitige gesetzliche Regelungen konterkariert werden¹⁰ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2002).

Zur Etablierung einer nachhaltigen und wirksamen Prävention für die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung sollte ein übergreifendes Präventionsgesetz sorgfältig vorbereitet werden. Dieser Prozess darf nicht aus politischem Kalkül weder unter zeitlichem Druck bekannte und verbesserungsfähige Unzulänglichkeiten zulassen, noch aus strategischen Gründen politischer Mehrheiten wichtige Kooperationspartner und Bereiche ausschließen.

12.5 Empfehlungen

Die derzeitigen Gesetze haben z.T. eine sehr hohe Regelungsdichte. Es wäre sinnvoller, den Einrichtungen Budgets mit Zielvorgaben und evaluativer praxisbezogener Berichtspflicht zu geben, die sie in eigener organisatorischer Freiheit vor Ort (regional oder lokal) umsetzen. Kooperationen sind bei diesen, sich an gesundheitlichen Ergebnissen bzw. an Risikomodifikationen (Verhalten, Modifikation externer Risiken) orientierten Zielvorgaben nicht nur erlaubt, sondern ausdrücklich erwünscht. Ziel muss es sein, „lernende“, problemnahe, flexible Organisationen und Strukturen zu ermöglichen.

Dabei können und müssen vorab in Pilotansätzen oder Modellversuchen auf Wirkung und Umsetzbarkeit mit anwendungswissenschaftlich brauchbaren Instrumenten getestete „evidenzgestützte“ Programme, Bausteine und Leitlinien eine wichtige Rolle spielen. Sie ersetzen aber nicht die Initiativen von Einrichtungen und Mitarbeitern, vor Ort die besten Umsetzungslösungen in großer Entscheidungs- und Kooperations-(Vertrags-)Freiheit zu finden. Es müssen in einem Klima des kreativen Wettbewerbs die besten Regional- und Vor-Ort-Lösungen entstehen.

Wenn Kooperationen und regionale bzw. lokale Grenzüberschreitungen nicht nur geduldet, sondern bei funktional guten gesundheitsbezogenen Ergebnissen von die-

¹⁰ Ein krasses Beispiel ist der derzeitige Einspruch der Bundesregierung gegen das Tabak-Werbeverbot der EU bei gleichzeitiger Vereinbarung einer nationalen Anti-Tabak-Kampagne im Koalitionsvertrag.

sen gefördert werden, entsteht von selbst ein funktionsgerechter institutioneller Wandel.

So lange es keine Ermutigungen und Erfolgserlebnisse für und die funktionale Durchlässigkeit, hier Nachrangigkeit von institutionellen Grenzen vor Ort gibt, nützen die vom Gesetzgeber geforderten Empfehlungen auf Bundesebene zur lokalen und regionalen Zusammenarbeit wenig. Zumal dann nicht, wenn in Ausführungsbestimmungen der je eigenen Institutionen die Verwaltungsrationalität der eigenen Einrichtung die allein maßgebliche Richtschnur ist.

13 Literatur

- Abholz HH (1991). Prävention und Medizin – am Beispiel niedergelassener Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland. In: Elkeles T, Niehoff JU, Rosenbrock R, Schneider F (Hrsg.): Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949-1990, 169-188
- Abholz HH, Schwarz M (2002). Früherkennung in Deutschland: Symbolhaftes Handeln mit schädlichen Folgen für die Gesundheit. Arbeit und Sozialpolitik 9-10, 18-22
- Aichberger F (2002). Sozialgesetzbuch. Beck
- Altgeld T (2001). Die passende Bühne finden – wo Prävention für sozial Benachteiligte Erfolg hat. Gesundheitliche Chancengleichheit ist eine Gemeinschaftsaufgabe – Handlungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten für die Gesetzlichen Krankenkassen. In: AOK-Bundesverband (2001). Prävention für sozial Schwache – Dauerbrenner oder Strohfeuer im Kassen-Wettbewerb? Expertenhearing am 19. Oktober 2001 in Köln. Bonn, 35-48
- Angermaier M (2002). Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit – Die Präventionsaufgaben der Berufsgenossenschaften aus Sicht der Gewerkschaften. www.igmetall.de/gesundheit/arbeit_oekologie/02_06_02.html [30.07.02]
- AOK-Bundesverband (2001). Prävention für sozial Schwache – Dauerbrenner oder Strohfeuer im Kassen-Wettbewerb? Expertenhearing am 19. Oktober 2001 in Köln. Bonn
- AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, IKK-Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Bundesknappschaft, See-Krankenkasse, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Bundesarbeitsgemeinschaft für Behinderte e.V., Der PARI-TÄTische Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V., Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (2002). Gemeinsames Rundsschreiben an die gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene. Oktober 2002
- AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, IKK-Bundesverband, See-Krankenkasse, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Bundesknappschaft, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (2001). Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien PflRi) vom 07.11.1994 geändert durch Beschlüsse vom 21.12.1995 und vom 22.08.2001
- AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, IKK-Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Bundesknappschaft, See-Krankenkasse, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (2001a). Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage von § 43 Nr. 2 SGB V. 11. Juni 2001
- AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, IKK-Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Bundesknappschaft, See-Krankenkasse, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (2001b). Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. Juni 2001
- AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, IKK-Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Bundesknappschaft, See-Krankenkasse, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. in Kooperation mit Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V., Deutscher paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (2000). Gemeinsame und einheitliche Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V vom 10. März 2000
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2002). Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Vorstellungen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 22. Mai 2002

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen in Zusammenarbeit mit Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2001). Verfahrensablauf der Dokumentation der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V. Oktober 2001
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (federführend: Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen) (2000). Gruppenprophylaxe 2000. Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Maßnahmen nach § 21 Abs. 1 SGB V (Weiterentwicklungskonzept Gruppenprophylaxe) vom 20. November 2000, Kassel
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (federführend: Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen) (1995). Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Durchführung der zahnmedizinischen Basis- und Individualprophylaxe im Rahmen der Gruppenprophylaxe gemäß § 21 Abs. 1 SGB V. 25. Juli 1995, Kassel
- Arbeitsgruppe 5 Stärkung der Prävention für den Runden Tisch (2001). Stärkung der Prävention. Zwischenbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Bonn
- Articus S (2001). Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe. Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste Nr. 5, 317-321
- Barbian W, Berg G, Fuchs R, Wert I (1996). Qualitätssicherung durch verbesserte Kooperation? Ergebnisse einer Studie zur schwangerenberatung in Berlin. Gesundheitswesen 58, 379-384
- Bau-Berufsgenossenschaft Hannover (2002). ARGO-Projekt. Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren in der Bauwirtschaft. www.bau-bghannover.de [25.07.02]
- Baum E, Danner-Ganzhoff N, Jäkle C, Keller S, Miko M, Sarafowa A, Basler HD (1999). Gesundheitsberatung und Motivation zu Verhaltensänderung nach dem Check up 35 bei Risikopatienten. Z f Gesundheitswiss, 4, 291-305
- BAR (2002). Gemeinsame Servicestellen. REHA-INFO 15. Mai, 2
- Bayerisches Landesjugendamt (Hrsg.) (1994). Präventiver Kinder- und Jugendschutz. Gesamtkonzept. München
- Bellwinkel M (1998). Kooperation von Krankenversicherungen und Unfallversicherungsträgern. Ein erster Erfahrungsbericht. In: Müller R, Rosenbrock R (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung – Bilanz und Perspektiven, 265-283
- Bengel J (Gesamtbearb.) (1988). Gesundheitsberatung durch Ärzte: Ergebnisse eines Modellversuchs in Hamburg und in der Pfalz / Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Benz C, Kremers L, Streit C, Bühner A (1998). Studie zur Mundgesundheit älterer Menschen in Bayern sowie den Einflussmöglichkeiten durch spezielle Prophylaxemaßnahmen. Endbericht. Bayerischer Forschungsverbund Public Health – Öffentliche Gesundheit
- Beske F, Hallauer JF (1999). Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur – Leistung – Weiterentwicklung. Deutscher Ärzte Verlag, Köln. 3. Auflage
- Bindzius F (2001). Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Die BG 9, 458-463
- BKK (2002). BKK und Selbsthilfe. Rahmenbedingungen Projekte Förderungen Adressen o. Ort
- Blaumeiser H (2001). Vom Mythos der Pflege in der Familie. FORUM Sozialstation 111, 16-18
- Blinkert B, Klie T (1999). Pflege im sozialen Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger. Hannover, 80f
- Bödeker W (1999). Mit Arbeitsunfähigkeitsdaten arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren erkennen – Informationsgewinn durch Zusammenhangsanalysen –. Die BKK 6: 304-312
- Bödeker W, Friedel H, Röttger C, Schröer A (2002). Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin
- Borgers D (1995). Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennung. Klinisch-epidemiologische Kriterien zu Gesundheitstests als Grenzen des TÜV-Modells in der Prävention. Arbeit und Sozialpolitik 9-10: 50-57
- Brand H, Schmacke N, Brand A (2003). Der öffentliche Gesundheitsdienst. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg.). Handbuch Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. erweiterte und überarbeitete Auflage. München: Urban & Fischer, 367-375

- Brieskorn-Zinke M (2002). Pflegerische Aktivitäten und Konzepte zur Prävention/Gesundheitsförderung in ausgewählten Ländern der Europäischen Union. Erste Ergebnisse einer explorativen Studie. Gesundheitswesen 64, A7
- Brixy U, Gilberg R, Hess D, Schröder H (2002). Was beeinflusst den Übergang von der Arbeitslosigkeit in die Erwerbstätigkeit? IAB. Kurzbericht Nr. 1, 1-7. www.iab.de [05.08.02]
- Bürger U (2000). Sozialbelastungsanalyse als Instrument der Prävention. Zentralblatt für Jugendrecht 87,1, 9-15
- Bundesanstalt für Arbeit (2002). Arbeitsamt online. www.arbeitsamt.de [31.07.2002]
- Bundesanstalt für Arbeit (2002a). Arbeitsmarktstatistik 2001 – Jahreszahlen. Sondernummer der Amtlichen nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit. Nürnberg, 16. Juli 2002
- Bundesanstalt für Arbeit (2002b). Arbeitsmarktstatistik. Eckwerte über die Entwicklung des Arbeitsmarktes. www.arbeitsmarkt.de [05.08.02]
- Bundesanstalt für Arbeit (2001). Zusammenarbeit von Arbeits- und Sozialämtern. Gemeinsame Wege zur beruflichen Eingliederung Arbeitsloser. Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste. Heft 5, 231-374
- Bundesanstalt für Arbeit und Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände (Hrsg.) (2001). Leitfaden für Sozialhilfeträger und Arbeitsämter zur beruflichen Eingliederung Arbeitsloser. Aktualisierte Fassung des Leitfadens vom März 1998. Nürnberg
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (2002). Struktur, Aufgaben, Themen. www.bagljae.de [21.08.02]
- Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientenInnenstellen und -initiativen (2002). Statut. o. Ort
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (1999). Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen zur reform der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). Düsseldorf. www.bagh.de/990825_b.html [30.10.02]
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001). MoZArT. Neue Strukturen für Jobs. Hintergründe, Philosophie und Zielsetzung. Bonn. Auch: www.bma-mozart.de [31.07.02]
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001a). Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2000. Unfallverhütungsbereich Arbeit. Bericht der Bundesregierung über den Stanf von Sicherheit und Gesundtheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 2000. Bundesdruckerei Bonn
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002). Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002a). Stellungnahme der Bundesregierung zum Elften Kinder- und Jugendbericht. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin, 3-25
- Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002b). Forschungsvorhaben. www.bmfsfj.de [22.08.02]
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002c). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001). Dritter Altenbericht der Bundesregierung. Alter und Gesellschaft. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei.
- Bundesministerium für Gesundheit (2002): Statistik KJ 1, Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2001. Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit. Referat Öffentlichkeitsarbeit (2002a). Statistisches Taschenbuch. Gesundheit 2002. Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit (2000). Gesundheit in den Ländern. Stand, Probleme und Perspektiven nach 10 Jahren Deutsche Einheit
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1990). Achter Jugendbericht. Bericht über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe. Bonn

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002). Stellungnahme zu den Anträgen der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung“ BT-Drucksache 14/9924 und zu dem Antrag der Fraktionen der CDU/CSU „Prävention umfassend stärken“ BT-Drucksache 14/9085. Deutscher Bundestag. Ausschuss für Gesundheit. Ausschussdrucksache 1525/14. Berlin
- Bundesrat (2002). Gesetzesantrag der Länder Bayern, Saarland. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Sozialgesetzbuches – Achtes Buch – (SGB VIII), 22.02.2002. Drucksache 146/02
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (2002). Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Gruppen- und Individualprophylaxe in den Jahren 1995 bis 2001, Kassel
- Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG) (2001). Befragung zur Situation der Zahnärztlichen Dienste des ÖGD 1999/2000 (ohne Bayern). Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 3, S.13
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (2002). Stellungnahme zu den Anträgen der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung“ BT-Drucksache 14/9924 und zu dem Antrag der Fraktionen der CDU/CSU „Prävention umfassend stärken“ BT-Drucksache 14/9085. Deutscher Bundestag. Ausschuss für Gesundheit. Ausschussdrucksache 1524/14. Berlin
- Bundeszahnärztekammer (2002). Präventionsorientierte ZahnMedizin unter den besonderen Aspekten des Alterns. Baustein zum Gesamtkonzept „Prophylaxe ein Leben lang“. Leitfaden der Bundeszahnärztekammer. Berlin
- Bundeszahnärztekammer (2000). Förderung der Mundgesundheit durch Gruppenprophylaxe. Baustein zum Gesamtkonzept „Prophylaxe ein Leben lang“. Leitfaden der Bundeszahnärztekammer. Köln
- Bundeszahnärztekammer (1998). Qualifizierte Prophylaxe in der Zahnarztpraxis. Leitfaden der Bundeszahnärztekammer. Köln
- Buser K, Krauth C, Reuter G, Lenarz T (2001). Schwerhörige Kinder unzureichend versorgt? Verbesserung durch neonatales OAE-Screening möglich und umsetzbar? Kinderärztliche Praxis 518-524
- Chavet A (2001). Für ein kooperatives und konzertiertes Vorgehen – Statement des IKK Bundesverbandes. In: Geene R, Gold C, Hans C (Hrsg.). Armut macht krank! Band III. SGB V § 20 Gesundheitsförderung zum Abbau sozial bedingter ungleicher Gesundheitschancen. Gesundheit Berlin e.V. Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung. Berlin,
- Coenen W, Bindzius F (2000). Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung bei der Arbeit unter dem Blickwinkel der Berufsgenossenschaften. Die BG 9, 502-507
- Cramer R, Gilberg R, Hess D, Marwinski K, Schröder H, Smid M (2001). Struktur der Arbeitslosigkeit im Frühjahr 2000. Methodenbericht zur Hauptstudie. Infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft. Bonn
- Danner M (2002). ...aus der Sicht der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte. In: Nationale Kontaktstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS; Hrsg.). Zwei Jahre Selbsthilfeförderung nach § 20,4 SGB V – Rückblick und Ausschau. NAKOS-Extra 32. Oktober, 25-27
- Deck R, Heinrichs K, Koch H, Kohlmann T, Mittag O, Peschel U, Ratschko KH, Welk H, Zimmermann M (2000). „Schnittstellenprobleme“ in der medizinischen Rehabilitation: die Entwicklung eines Kurzfragebogens zur Ermittlung des Informations- und Kommunikationsbedarfs bei Hausärzten. Gesundheitswesen 62, 431-436
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) (2002). Dokumentation der Maßnahmen der Gruppenprophylaxe – Jahresauswertung 2000/2001. Bonn
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (2001a). Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe – Gutachten, 2001.
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) (2000). Dokumentation der Maßnahmen der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen – Jahresauswertung 1998/99. Bonn
- Deutscher Bundestag. Ausschuss für Gesundheit (2002). Ausschussdrucksache 1526/14. Sammelstellungnahme zu dem Antrag der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung“ und zu dem Antrag der Fraktion der CDU/CSU „Prävention umfassend stärken“. Öffentliche Anhörung am 26.06.2002

- Deutscher Bundestag (2002). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Heinrich L. Kolb, Dr. Irmgard Schwaetzer, Dirk Niebel, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP. Drucksache 14/8749. 06.05.2002
- Deutscher Bundestag (2001). Unterrichtung durch die Bundesregierung. Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Drucksache 14/5590. 15.03.2001
- Deutscher Bundestag (1999). Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). Drucksache 14/1245. 23.06.1999
- Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. (2002). Stellungnahme zu den Anträgen der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung“ BT-Drucksache 14/9924 und zu dem Antrag der Fraktionen der CDU/CSU „Prävention umfassend stärken“ BT-Drucksache 14/9085. Deutscher Bundestag. Ausschuss für Gesundheit. Ausschussdrucksache 1524/14. Berlin
- Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvorstand (2002). Stellungnahme des DGB zu den Anträgen der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung“ BT-Drucksache 14/9924 und zu dem Antrag der Fraktionen der CDU/CSU „Prävention umfassend stärken“ BT-Drucksache 14/9085. Deutscher Bundestag. Ausschuss für Gesundheit. Ausschussdrucksache 1530/14. Berlin
- Dierks ML (1995). Frauen und Krebsfrüherkennung – Eine Typologie. Eine Analyse von Einstellungen, Verhalten und Erfahrungen zum Verständnis subjektiver Theorien von Frauen in Krebsfrüherkennungsprogrammen. Dissertation. Medizinische Hochschule Hannover
- Dierks ML, Buser K, Busack I, Walter U (2002). Aufsuchende Beratung – Ein Konzept zur Primärprävention von Neurodermitis bei Kleinkindern. Informationen über Risikofaktoren, Ernährung, Körperpflege und Gestaltung der Wohnumgebung. In: Walter U, Drupp M, Schwartz FW (Hrsg.). Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Juventa Weinheim, 111-131
- Dittrich S (2001). Fragen zur Gesundheit: Ergebnisse des Mikrozensus 1999. In: Statistisches Bundesamt. Wirtschaft und Statistik 9: 771-780
- Donner-Banzhoff N, Sadowski E, Baum E (1995). Die Effektivität der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V. Z Allg Med 71, 293-298
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2002). Drogen- und Suchtbericht 2002. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Berlin
- Drupp M (2002). Gesundheitsförderung durch Krankenkassen. Vorm „Gesundheitskurs“ zum „Gesundheitscoaching“. In: Walter U, Drupp M, Schwartz FW (Hrsg.). Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Juventa Weinheim, 24-39
- Drupp M (1998). Gesundheitsförderung von Krankenversicherungen – Auslaufmodell oder Ansätze zur qualitativen Weiterentwicklung? In: Müller R, Rosenbrock R (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung – Bilanz und Perspektiven, 43-61
- Eberle G (2002). Prävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung von 1970 bis heute. In: Stöckel S, Walter U (Hrsg.). Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften. Weinheim München: Juventa, 237-249
- Eickhoff C, Zinnecker J. (2000). Schutz oder Risiko? Familienwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kinder. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 11. Köln
- Elkeles T (2003). Arbeitende und Arbeitslose. In: Schwartz FW, Busse R, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Fischer, München Wien Baltimore. 2. Auflage, 653-660
- Elkeles T (1999). Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit. Sozialer Fortschritt 48(6): 150-155
- Elkeles T, Seifert W (1992). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Langzeitanalysen mit dem Sozio-Ökonomischen Panel. Soziale Welt 43(3): 278-300
- Fichten W (1998). Gesundheitsförderliches Handeln in der Krankenpflege. Grundlagen und neue Handlungsfelder. München: Urban und Vogel

- Gallo WT, Bradley EH, Kasl SV (2001). The effect of Job Displacement on Subsequent Health. In: Holst E, Liliard DR, Diprete TA (Eds.): Proceedings of the 2000 Fourth International Conference of German Socio-Economic Panel Study Users (GSOEP). Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 70(1). 159-165
- Geene R, Gold C, Hans C (Hrsg.) (2001). Armut macht krank! Teil 3. SGB V § 20 Gesundheitsförderung. Zum Abbau sozial ungleicher Gesundheitschancen. Gesundheit Berlin e.V. Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, Berlin
- Gewerbliche Berufsgenossenschaften (2002). KOPAG. www.gesundheit-und-arbeit.de/gua/pages/projekte/kopag.htm [25.07.2002]
- Gewerkschaft Holz und Kunststoff (1998). Höchste Zeit: Die Arbeit MUSS gesundheitsverträglich gestaltet werden. Gesundheitsschutz. Februar
- Gilberg R, Hess D, Schröder H (2001). Struktur der Arbeitslosigkeit im Frühjahr 2000: Suchverhalten und Eingliederungschancen. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. 34 (4), 376-401
- Göpfert-Divivier W, Lauer H (2001). „Hausbesuche auf der Straße“. Zukunftsweisende Projekte der aufsuchenden Krankenpflege im Rahmen des Landesprogramms „Wohnungslosigkeit vermeiden – dauerhaftes Wohnen sichern“ – Bericht der wiss. Begleitung. MASQT NRW
- Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW (1999). GEK-Gesundheitsreport 1999. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. GEK, Gmünder Ersatzkasse (Hrsg.). Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 12. Schwäbisch Gmünd
- Haines H (2002). Recht auf Rehabilitation und Rehabilitationsrecht für chronisch Kranke – Anpassungs- und Änderungsbedarf. Beitrag zur Fachtagung „Medizinische Rehabilitation als Behandlungsform für chronisch Kranke ...“ am 11. und 12. April 2002 in Berlin
- Häkkinen H (2002). Berufsbild Gesundheitsschwester in Nordeuropa. Public Health Forum 34 (10) 24-25
- Haenecke H (2001). Unternehmensziele von Krankenkassen – Eine empirische Analyse. Arbeit und Sozialpolitik. 1-2: 27-34
- Hammer T, Bellwinkel M (1998). Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit (KOPAG) – Erfolgreiche Zusammenarbeit von Betriebskrankenkassen, berufsgenossenschaften und Unternehmen –. BKK, 6ff
- Hallmann HJ (2002). Risikokompetenz im Umgang mit Alkohol. Strategien der Risikobegleitung. pro jugend 1, 16-18
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (2002). Berufsgenossenschaften begrüßen Initiativen zur Prävention. Pressedienst 22. Juli 2002
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (2002a). Stellungnahme zu den Anträgen der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung“ BT-Drucksache 14/9924 und zu dem Antrag der Fraktionen der CDU/CSU „Prävention umfassend stärken“ BT-Drucksache 14/9085. Deutscher Bundestag. Ausschuss für Gesundheit. Ausschussdrucksache 1524/14. Berlin
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, Bundesverband der Unfallkassen (2001). Empfehlungen der Unfallversicherungsträger zur Begutachtung von Berufskrankheiten. Stand 03/2001
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (2001a) (Hrsg.). Forum „Zusammenarbeit der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren – Bilanz und Perspektiven“ am 28. September 2000 im Gustav-Stresemann-Institut Bonn. www.hvbg.de/d/pages/arbeit/bgz/bgz-rep/forum.pdf [10.11.02]
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (1999). Umsetzung der neukonzeption der Ausbildung zur Fachkraft für Arbeitssicherheit. BGZ Report 5
- Hauss F (1997). Die Zukunft der betrieblichen Gesundheitsförderung. Arbeit und Sozialpolitik 1-2: 26-35
- Henze R, Schienkiewitz A, Schlaud M, Raum E, Schwartz FW, Walter U (2001). Einstellungen von Hausärzten zur Prävention allgemein, bei Älteren und Hochbetagten. Gesundheitswesen 63: A46
- Hollander M, Tessaro A (2001). Evaluation of the Maintenance and Preventive Model of Home Care. Final Report. Victoria BC. info@hollanderanalytical.com

- Hollederer A (2002). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt und Berufsforschung, 35. Jg., Heft 3, 411-428
- Hollinger C (1999). Kariesdiagnostik, Kariesrisikoeinstufung im Rahmen der zahnärztlichen Reihenuntersuchung, Qualitätsmerkmale einer zeitgemäßen Vorgehensweise, Akademie Düsseldorf
- Homfeldt HG, Schulze-Krüdener J (2001). Schulsozialarbeit: eine konstruktiv-kritische Bestandsaufnahme. neue praxis 1, 9-28
- Hüser-Wesemann E. (2002). Fit für's Leben. Armut vermeiden – Kompetenzen stärken. Jugendhilfe 40, 3, 144-148
- Hundertmark-Mayser J (2002). Förderung von Selbsthilfekontaktstellen nach § 20, 4 SGB V: Fördervolumen verdreifacht – aber noch immer verbesserungswürdig. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. selbsthilfegruppenjahrbuch 2002. fulda. Fuldaer Verlagsagentur, 136-143
- Hundertmark-Mayser J, Balke K (2002). ...aus Sicht der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen. In: Nationale Kontaktstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS; Hrsg.). Zwei Jahre Selbsthilfeförderung nach § 20,4 SGB V – Rückblick und Ausschau. NAKOS-Extra 32. Oktober, 6-19
- IKK-Bundesverband (2002). Expertenworkshop der GKV-Spitzenverbände zur Weiterentwicklung des Leitfadens in Bezug auf das Präventionsprinzip „Bewegung zur Förderung des Muskel-Skelett-Systems“ am 11. Oktober 2002 beim IKK-Bundesverband, Bergisch-Gladbach. Protokoll
- Juchli L (1994). Pflege. 7. Auflage Stuttgart 1994
- Jung K (2002). Anmerkungen zu einem Präventionsgesetz. Hearing der CDU/CSU-Bundestagsfraktion zum Thema „Prävention im deutschen Gesundheitswesen“ am 10. Januar 2001. Berlin
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2002). Stellungnahme zu den Anträgen der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung“ BT-Drucksache 14/9924 und zu dem Antrag der Fraktionen der CDU/CSU „Prävention umfassend stärken“ BT-Drucksache 14/9085. Deutscher Bundestag. Ausschuss für Gesundheit. Ausschussdrucksache 1524/14. Berlin
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2000). KZBV Jahrbuch 2000. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln
- Kellnhauser E, Schewior-Popp S, Sitzmann F, Geißner U, Gümmer M, Ullrich L (Hrsg.) (2000). Thiemes Pflege: entdecken – erleben – verstehen – professionell handeln. Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag, 9. Auflage
- Kirch W (2002). Interaktionen von Zahn- und Allgemeinerkrankungen und Multimorbidität. In: Ziller S, Micheelis W (Gesamtbearbeitung). Kostenexplosion durch Prävention? Orale Gesundheitsgewinne im Alter und versorgungspolitische Konsequenzen. Deutsches Institut der deutschen Zahnärzte (Hrsg.). Deutscher Zahnärzterverlag DÄV, Köln, 71-88
- Kirschner W, Radoschewski M, Kirschner R (1995). § 20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Sankt Augustin: Asgard
- Klein A (2002). Die Selbsthilfe als Thema der Enquête-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. selbsthilfegruppenjahrbuch 2002. fulda. Fuldaer Verlagsagentur, 112-127
- Klein-Lange M, Schwartz FW, Sperling M (2003). Rehabilitation. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Fischer, München, 293-296
- Knesebeck O von dem, Badura B, Zamora P, Weihrauch B, Werse W, Siegrist J (2001). Evaluation einer gesundheitspolitischen Intervention auf kommunaler Ebene – das Modellprojekt „Ortsnahe Kordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitswesen 63: 35-41
- Koch-Straube U (2001). Beratung in der Pflege. Huber, Bern
- Konstanty R (1996). Das neue Arbeitsschutzrecht – Zukunftschance für die Gewerkschaften. In: Soziale Sicherheit, Nr. 10
- Korporal J, Dangel B (2001). Der Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung in der Professionalisierung der Pflege und ihrer Berufe. Prävention 3, 80-83

- Kresula A (2002). ...aus der Sicht des Förderpools ‚Partner der Selbsthilfe‘. In: Nationale Kontaktstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS; Hrsg.). Zwei Jahre Selbsthilfeförderung nach § 20,4 SGB V – Rückblick und Ausschau. NAKOS-Extra 32. Oktober, 52-57
- Kries von R, Voss von H (1998). Herausforderungen in der kinderärztlichen Primärprävention im Kindesalter. Gesundheitswesen 60, Sonderheft 1: S15-S19
- Kröger S, Telscher M (2002). ...aus der Sicht des Gesundheitszentrums Osnabrück. In: Nationale Kontaktstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS; Hrsg.). Zwei Jahre Selbsthilfeförderung nach § 20,4 SGB V – Rückblick und Ausschau. NAKOS-Extra 32. Oktober, 36-39
- Kruse A (2002). Gesund Altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos: Baden-Baden
- Kuhn J (2000). Aus Schaden wird man klug? s.i.s. 7/8, 323-325
- Kuhn J (2000). Kassenfinanzierte betriebliche Gesundheitsförderung. S.i.s. 9, 430-432
- Kurth R (2002). Impfen – Aufklärung tut Not!. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 45, 315
- Laaff H (2002). ...aus der Sicht des AOK-Bundesverbandes. In: Nationale Kontaktstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS; Hrsg.). Zwei Jahre Selbsthilfeförderung nach § 20,4 SGB V – Rückblick und Ausschau. NAKOS-Extra 32. Oktober, 40-44
- Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern (2002). Bericht zur Entwicklung von jugendhilfebedarf und sozialstrukturellem Wandel in Württemberg-Hohenzollern in den Jahren 1994-1999. Reihe Jugendhilfeplanung und Qualitätsmanagement Nr. 4. Stuttgart
- Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern (2002a). Zur Entwicklung von Jugendhilfebedarf und sozialstrukturellem Wandel. Zusammenfassung zentraler Ergebnisse des Berichtes zum Zeitraum 1994-1999. Reihe Jugendhilfeplanung und Qualitätsmanagement Nr. 5. Stuttgart
- Lauterbach KW unter Mitarbeit von Stock S, Redaelli M, Kphn M, Lüngen M (o.J.). Disease Mangement in Deutschland. Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Evaluation, Implementierung und Entwicklung. Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V. (AEV). Köln
- Lüders C. (1999). Prävention und „Kinder stark machen“: Zauberworte oder fachliche Prinzipien? In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): „Bevor es zu spät ist ...“ Präventiver Kinder- und Jugendschutz in sozialen Brennpunkten. Fachforum im Rahmen des Aktionsprogramms „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 2.-3. Nov. 1999 in Königswinter. Berlin, 10-29
- Lüders C. (1995). Prävention in der Jugendhilfe. Diskurs 1: 42-49
- Marstedt G (1998). Gesellschaftlicher Strukturwandel und individueller Bedarf an Gesundheitsförderung und -beratung. In: Müller R, Rosenbrock R (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung – Bilanz und Perspektiven, 145-170
- Marstedt G, Mergner U (1995): Gesundheit als produktives potential. Berlin: Edition Sigma
- Matscheko N (2002). Anspruch und Machbarkeit, Gesundheitsförderung in der Pflege. Pflege aktuell 4, 209-211.
- Matzat J (2002). Die Selbsthilfebewegung in Deutschland – eine real existierende Form der Beteiligung im Medizin- und Gesundheitssystem. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. Selbsthilfegruppenjahrbuch 2002. Fulda. Fuldaer Verlagsagentur, 128-131
- Meierjürgen R (1999). Die Wiederbelebung der Prävention in der GKV-Gesundheitsreform 2000. In: Arbeit und Sozialpolitik. 9-10, 39-45
- Meierjürgen R, Knorn HJ (1997). Perspektiven der betrieblichen Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund gesetzlicher Neuregelungen. Soziale Sicherheit 2: 43-48
- Meyer C, Reiter S, Siedler A, Hellenbrand W, Rasch G (2002). Über die Bedeutung von Schutzimpfungen. Epidemiologie, Durchimpfungsraten, Programme.. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 45, 323-331

- Micheelis W, Reich E (1999). Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Ergebnisse, Trend und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. Institut der deutschen Zahnärzte. Deutscher Ärzte-Verlag DÄV, Köln
- Mielck A (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Huber
- Milles D, Müller R (2002). Auftrag und Begrenzung der Gewerbehygiene. Identifikation arbeitsbedingter Erkrankungen und Begründung präventiver Maßnahmen in der Geschichte der Sozialversicherung. In: Stöckel S, Walter U (Hrsg.). Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften. Weinheim München: Juventa, 39-51
- Moser G (2002). Notverordnungen und Gesundheitspolitik in der Weimarer republik: Präventionskonzepte und Versorgungsstrukturen in der Krise. In: Stöckel S, Walter U (Hrsg.). Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften. Weinheim München: Juventa, 96-109
- Mühlenbruch S (2002). Gesundheitsförderung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin: dissertation.de
- Müller de Cornejo G, Hoyer JM, Baas JC (2002). Disease-Management-Programme: eine Chance zur Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen. In: AOK Bundesverband (Hrsg.): Disease-Management-Programme im Rahmen der Reform des Risikostrukturausgleiches. Bonn, 4-11
- Müller-Mundt G, Schäfer D, Pleschberger S, Brinkhoff P (2000). Patientenedukation – (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? Pflege und Gesellschaft 2, 42-53
- Nadolski H, Stegemann K (1996). Akteure der Prävention. Die Bedeutung einzelner Akteure und ihr Zusammenwirken unter besonderer Berücksichtigung der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Arbeit und Sozialpolitik 1-2: 53-64
- NAKOS (Nationale Kontaktstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Hrsg.) (2002). Zwei Jahre Selbsthilfeförderung nach § 20,4 SGB V – Rückblick und Ausschau. NAKOS-Extra 32. Oktober
- NAKOS (2001). Paper 5. Selbsthilfeförderung durch die Länder der Bundesrepublik Deutschland 2001. Berlin
- Neumann EM (1998). Gesundheitsförderung in der ambulanten Pflege. In: Dahme HJ, Wohlfahrt N (Hrsg.). Umsteuerung oder Ende der Gesundheitsförderung. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf, Schriftenreihe Band 19, 158-174
- Neumann EM, Zank S, Tzschätzsch, Baltes M (1997). Selbständigkeit im Alter – ein Trainingsprogramm für Pflegenden. Bern Göttingen Toronto Seattle: Hans Huber, 2. Auflage
- Niederbühl K (2002). ...aus Sicht des VdAK/AEV. In: Nationale Kontaktstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS; Hrsg.). Zwei Jahre Selbsthilfeförderung nach § 20,4 SGB V – Rückblick und Ausschau. NAKOS-Extra 32. Oktober, 45-51
- Niedersächsisches Ärzteblatt (2002). Präventive und kurative Koloskopie. 11, 70-71
- Olbrich C (1995). Patientenberatung. Ein neues Aufgabenfeld in der Pflege. In: Pflege aktuell 6, 428-430
- Oppermann H (2002). Zur Situation impfpräventabler Krankheiten in Deutschland. Gesundheitswesen 63, 102-106
- Orwat D, Meinschmidt G, Kirschner W (1996). Zur Notwendigkeit der Etablierung eines zielgruppenspezifischen Präventionsprogramms in Berlin. Arbeit und Sozialpolitik 7-8: 14-33
- Paul K, Moser K (2001). Negatives psychisches Befinden als Wirkung und Ursache von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer Metaanalyse. In: Zempel J, Bacher J, Moser K (Hrsg.). Erwerbslosigkeit. Leske + Budrich, Opladen, 83-110
- Pieper K (2001). Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2000. Gutachten im Auftrag der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege. Bonn
- Pieper K (1998). Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 1997 Gutachten im Auftrag der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege. Bonn
- Raum E, Groß M (2002). Zur Betreuung schwangerer Frauen in Deutschland. Unveröffentlichtes Manuskript

- Rausch C, Warnke A. (1995). Eine heilige Kuh? Der Paradigmenwechsel in der Suchtprävention darf vor „Keine macht den Drogen“ nicht halt machen. *Prävention* 3: 92-94
- Razum O, Geiger I (2003). Migranten. In: Schwartz FW, Busse R, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg.). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. Urban & Fischer, München Wien Baltimore. 2. Auflage, 686-692
- Reich E (2002). Erfolge der zahnmedizinischen Prävention – Darstellung der Entwicklungen und Situationsanalyse. In: Ziller S, Micheelis W (Gesamtbearbeitung). *Kostenexplosion durch Prävention? Orale Gesundheitsgewinne im Alter und versorgungspolitische Konsequenzen*. Deutsches Institut der deutschen Zahnärzte (Hrsg.). Deutscher Zahnärzterverlag DÄV, Köln, 23-37
- Reimann A (2001). Sozialgesetzbuch IX: Neue Herausforderungen in der Rehabilitation. www.vde.de [16.09.2002]
- Reitemeier B, Müller G, Lehmann A (1999). Zahnärztliche Untersuchungen zur Oralgesundheit und zum Mundpflegeverhalten bei Bewohnern von Senioren- und Pflegeheimen der Stadt Dresden als Beispiel der Betreuung von Risikogruppen. Projektbericht. Forschungsverbund Public Health Sachsen
- Richter M, Brand H, Rössler G (2002). Soziökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsunterschiede von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in NRW. *Gesundheitswesen* 64, 417-423
- Rische H, Löffler HE (1998). Rehabilitationsbedarf höher als Rehabilitationsinanspruchnahme – Ergebnisse einer Versichertenbefragung der BfA und der LVA Sachsen. *DangVers* 10, 394-404
- Robert Bosch Stiftung (2002). *Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung*. Schattauer Stuttgart
- Robert Koch Institut (2002). Jahresbericht ‚Impfpräventable Krankheiten 2001‘. Teil 1. *Epidemiologisches Bulletin* 42, 349-353
- Robert Koch Institut (2002a). Jahresbericht ‚Impfpräventable Krankheiten 2001‘. Teil 2. *Epidemiologisches Bulletin* 42, 358-364
- Robert Koch Institut (2002b). Erfassung des Impfstatus bei Aufnahme in den Kindergarten. *Epidemiologisches Bulletin* 4, 25-28
- Robert Koch Institut (Hrsg.) (2000). *Schutzimpfungen Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Themenheft. Heft 1/00*. Berlin
- Robert Koch Institut (1999). 10 Punkte-Programm zur Erhöhung der impfbereitschaft und zur Steigerung der Durchimpfungsraten in Deutschland. www.rki.de [02.11.2002]
- Rösch C, Steinbicker V, Robra BP, Kolbe M, Heinrich C (2001). Die Fehlbildungsprävention durch Folsäure – unlösbare Probleme mit § 20 SGBV und der Arzneimittelgesetzgebung bei der Vorbereitung eines perikonzeptionellen Modells in Sachsen-Anhalt. *Gesundheitswesen* 63, 430-434
- Rosenbrock R (2002). Krankenkassen und Primärprävention – Anforderungen und Erwartungen an die Qualität. In: Walter U, Drupp M, Schwartz FW (Hrsg.). *Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit*. Weinheim, Juventa 40-57
- Rosenbrock R (2001). Primärprävention zur Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen – was ist das und welche Rolle können die Krankenkassen dabei spielen? In: *Arbeit und Sozialpolitik* 11-12: 49-57
- Rosenbrock R, Müller R (1998). Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen – Perspektiven des Arbeitsschutzes. In: Müller R, Rosenbrock R (Hrsg.): *Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung – Bilanz und Perspektiven*, 10-32
- Rothenburg EM (2001). Gesundheitshilfe und Gesundheitsförderung – Reformbedarf für das SGB VIII? *Zentralblatt für Jugendrecht* 88, 9, 317-360
- Rudolph H (2002). Profiling und Case-Management: Prävention als Kern einer aktivierenden Arbeitsmarktpolitik. IAB Colloquium „Praxis trifft Wissenschaft“ am 21. März 2002. www.iab.de [31.07.02]
- Rudolph H (1998). Risiko von Langzeitarbeitslosigkeit frühzeitig erkennen: Berechnung der Verbleibswahrscheinlichkeit von Arbeitslosen. IAB Werkstattbericht Nr. 14. Nürnberg
- Rumler R (2000). Wege zu einer ganzheitlichen Betrachtungsweise – das Gesundheitsschutzkonzept der Tiefbau-Berufsgenossenschaften. In: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.). *BGZ-Erfahr-*

ungsaustausch „Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren – Handlungsbedarf der Berufsgenossenschaften“. St. Augustin

- Rudolph H, Müntnich M (2001). „Profiling“ zur Vermeidung von langzeitarbeitslosigkeit. Erste Ergebnisse aus einem Modellprojekt. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*. 34, 4, 530-553
- Saadaty F, Gerth D (2000). Die ‚Brücke vom Krankenhaus nach Hause‘. *Gerontopsychiatrische Übergangspflege in Berlin-Tempelhof. Die Schwester/Der Pfleger*, 39, 744-745
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation*
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001a). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege*
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001b). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung. Deutscher Bundestag Drucksache 14/6871*
- Schaeffer D (2000). *Care Management. Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema. Pflege*, 13, 17-26
- Schaeffer D, Moers M, Rosenbrock (2003). Zur Entwicklung von Pflege und Pflegewissenschaft. In: Schwartz FW, Busse R, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg.). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Fischer, München Wien Baltimore. 2. Auflage, 275-277*
- Schäfer C (2001). Die ASI-Befragung von Betriebs- und Personalräten 1999/2000 im Überblick. *WSI Mitteilungen* 2, 65-75
- Schäfer T, Seidel D (2002). Analyse von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und weiterer Datenquellen zur Identifizierung von Risikogruppen. In: Walter U, Drupp M, Schwartz FW (Hrsg.). *Prävention und Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit Juventa: Weinheim, 71-84*
- Schiffner U, Reich E (1999). Prävalenzen zu ausgewählten klinischen Variablen bei den Jugendlichen (12 Jahre). In: Micheelis W, Reich E (1999) (Gesamtbearbeitung). *Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. Institut der deutschen Zahnärzte. Deutscher Ärzte-Verlag DÄV, Köln, 201-230*
- Schlack HG (2000). *Sozialpädiatrie. Gesundheit, Krankheit, Lebenswelten. 2. Aufl. München, Jena*
- Schleiermacher S (2002). Umfassende Krankenversicherung für alle? Verfassungsanspruch und Wirklichkeit. In: Stöckel S, Walter U (Hrsg.). *Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften. Weinheim München: Juventa, 52-64*
- Schmid G (2002). Das Job-AQTIV-Gesetz. Über Erwartungen, neue Möglichkeiten, Aktivitäten und Grenzen. *IAB Colloquium „Praxis trifft Wissenschaft“ am 21. März 2002. www.iab.de [31.07.02]*
- Schmidt U (2002). Neuausrichtung der Prävention. In: *Die Krankenversicherung*, März, 75-78
- Schmitt HJ (2002). Impfen in Deutschland – Eine Standortbestimmung. *Public Health Forum* 10 Heft 35, 6-7
- Schneider K (2002a). Neue Arbeitsfelder in der Pflege – eine definitorische Klärung von Beratung, Anleitung und Schulung. *Unterricht Pflege* 4, 2-8
- Schneider M (2002). Gesundheitsökonomische Analyse der zahnmedizinischen Prävention. In: Ziller S, Micheelis W (Gesamtbearbeitung). *Kostenexplosion durch Prävention? Orale Gesundheitsgewinne im Alter und versorgungspolitische Konsequenzen. Deutsches Institut der deutschen Zahnärzte (Hrsg.). Deutscher Zahnärzterverlag DÄV, Köln, 97-108*
- Schneider M (1988). Möglichkeiten und Auswirkungen der Förderung der Zahnprophylaxe und Zahnerhaltung durch Bonussysteme. *Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln*
- Schneller T, Micheelis W, Hendriks J (2001). Individualprophylaxe bei Erwachsenen – Erfahrungen, Problemsichten und Perspektiven bei niedergelassenen Zahnärzten in Deutschland. *IDZ-Information* Nr. 4
- Schöne R, Gintzel U, Jordan E, Kalscheuer M, Münder J (1997). Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit. *Münster*
- Schotten K, Schlipkötter U (2002). Masern in Deutschland. *Public Health Forum* 10 Heft 35, 7-8

- Schreiber A (2002). Erkrankungen des Kauorgans. In: Schwartz FW, Busse R, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Fischer, München Wien Baltimore. 2. Auflage (im Druck)
- Schreiber A, Grahl R, Os-Fingberg S von (2000). Akzeptanz und Relevanz der Zahngesundheitserziehung in Berlin. Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) e.V. Unveröffentlichtes Manuskript
- Schulz U (1999). Grundfragen berufsgenossenschaftlichen Beitragsausgleichsverfahrens. Bonus-Malus-Systeme der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.). Sankt Augustin 4. Auflage
- Schacky C von (2002). Koronare Herzkrankheit. Dtsch Med Wochenschr 127, Nr. 67, 2429-2431
- Schwartz FW (2002). Präventionspolitische Aspekte im Alter. In: Ziller S, Micheelis W (Gesamtbearbeitung). Kostenexplosion durch Prävention? Orale Gesundheitsgewinne im Alter und versorgungspolitische Konsequenzen. Deutsches Institut der deutschen Zahnärzte (Hrsg.). Deutscher Zahnärzterverlag DÄV, Köln, 39-47
- Schwartz FW (2002a). Rehabilitation und Pflege. Manuskript zur Vorlage beim Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Hannover
- Schwartz FW (2000). Neustrukturierung der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Krankenversicherung September, 236-238
- Schwartz FW (1992). Gesundheits-Check-up – nur ein Anfang. Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung 4: 61-67
- Schwartz FW, Helou A (2000). Welche Behandlungsansätze und Verfahren sind verzichtbar? In: Arnold M, Litsch M, Schwartz FW (Hrsg.) Krankenhaus-Report 99. Schwerpunkt: versorgung chronisch Kranker. Stuttgart, Schwattauer, 133-147
- Schwartz FW, Sperling M (2002). Der Beitrag der medizinischen Rehabilitation zur Behandlung chronischer Krankheiten und Grundsätze ihrer Vergütung. Die Ersatzkasse (im Druck)
- Schwartz FW, Walter U (1997). Gesundheitsförderung im Spannungsfeld der Gesundheitsreformen. In: Altgeld T, Laser I, Walter U (Hrsg.). Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse. Weinheim: Juventa, 53-68.
- Schwendy A, Genz H (2001). Arbeitsamt und Sozialamt als Partner. Erfahrungen des Kölner Sozialamtes mit einem „Bündnis für Beschäftigung“. Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste Nr. 5, 289-298
- Schwoch R (2002). „Die amtlichen Gesundheits- und Fürsorgestellen müssen für alle sorgen...“ Nationalsozialistische Versorgungsstrukturen: Versorgungspolitische Vorstellungen versus Versorgung im Alltag. In: Stöckel S, Walter U (Hrsg.). Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Weinheim München: Juventa, 136-151
- Seewald O unter Mitarbeit von Leube K (2002). Expertise Präventionsregelungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Passau
- Seewald O, Plute G (1998). Rechtliche Grundlagen der Gesundheitsförderung für Krankenversicherungs- und Unfallversicherungsträger. In: Müller R, Rosenbrock R (Hrsg.). Betriebliches Gesundheitsmanagement – Bilanz und Perspektiven. St. Augustin: Asgard, 62-116
- Sendler H (1998). Integration durch Verfahren. Ein Baustein zum Umbau des Sozialstaates am Beispiel des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Arbeit und Sozialpolitik 9-10: 50-55
- Siegrist J unter Mitarbeit von Ebert M, Huber M, Kirch W, Maschewsky-Schneider U, Seemke J, Troeva T, Walter U, Wildner M (2002). Selbstevaluation der Forschungsverbände Public Health (1992-2000). Kurzfassung des zusammenfassenden Berichts (Teil B) und der fünf Teilberichte der Forschungsverbände Public Health (Teil A) vom Juni 2001, erstellt für den Wissenschaftlichen Ausschuss des Gesundheitsforschungsrates. Düsseldorf
- Siegrist J, Möller-Leimkühler AM (2003). Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg.). Handbuch Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage. München: Urban & Fischer 125-138

- Siegrist J, Frühbuß J, Grebe A (1997). Soziale Chancengleichheit für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Düsseldorf (unveröff. Manuskript)
- SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (2002). Erneuerung – Gerechtigkeit – Nachhaltigkeit. Für ein wirtschaftlich starkes, soziales und ökologisches Deutschland. Für eine lebendige Demokratie. Koalitionsvertrag. Berlin
- Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (1997). Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zur Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. 28. Oktober 1997. Bergisch-Gladbach, St. Augustin
- Springer W (1999). Prävention durch sozialraumorientierte Jugendhilfe. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): „Bevor es zu spät ist ...“ Präventiver Kinder- und Jugendschutz in sozialen Brennpunkten. Berlin, 58-65
- Statistisches Bundesamt (2002). Gesundheit. Ausgaben 1992 bis 2000. Presseexemplar. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2001a). Statistisches Jahrbuch 2001 Für die Bundesrepublik Deutschland. Metzler-Poeschel: Stuttgart
- Statistisches Bundesamt (2001b). Kurzbericht: Pflegestatistik 1999. Bonn 2001
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998). Gesundheitsbericht für Deutschland. Metzler-Poeschel, Stuttgart
- Steenkiste M van (2002). Kariespräventive Strategien im Hinblick auf den aktuellen Kariesrückgang. Oralprophylaxe 24, 3, 103-109
- Steenkiste M van, Groth S (1996). Wie stehen die Eltern zu den zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Schulen und Kindergärten? Ergebnisse einer Elternbefragung. Gesundheitswesen 58, 237-242
- Stiphout T von (2002). Forum „Prävention und Gesundheitsförderung“ gegründet. Stiftungsinitiative muss weiterhin kritisch hinterfragt werden! Die BKK 10, 425-426
- Stöckel S, Walter U (Hrsg.). Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften. Weinheim München: Juventa
- Strippel H (2001). „Karieskeime“ bekämpfen, um Nuckelflaschen-Karies zu verhindern? Prophylaxe impuls (5), 110-119
- Strippel H (2001a). Gesundheitsökonomische Aspekte der zahnmedizinischen Prävention. DAZ-forum (20), 75, 6-18
- Strippel H (2001b): Qualitätszirkel als Teil der Steuerung des Leistungsgeschehens. In: Gaertner T: Managed Care – Eine Perspektive für die GKV? Schriftenreihe der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, Beiträge zur Sozialmedizin. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 61-66
- Stuppardt R (2002). Zukunft der Prävention. Anforderungen an Qualität und Versorgung. Forum für gesundheitspolitik. Juli, 246-251
- Stuppardt R (2001). Von der kurativen zur präventiven Versorgung. Soziale Sicherheit 8-9, 254-259
- Trojan A, Legewie H (2000). Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. VAS – Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt
- U.S. Preventive Services Task Force (1996). Guide to Clinical Preventive Services. Alexandria: International Medical Publishing, 2. Auflage
- Vahlbruch A (2002). Prävention in der Praxis. Meinungen und Einstellungen niedergelassener Allgemeinärzte. Dissertation. Medizinische Hochschule Hannover
- Waller H, Deneke C, Hofrichter P, Richter A (2001). Armut und Gesundheit. Bestandsaufnahme, Bewertung und Entwicklung von gesundheitsbezogenen Interventionsprojekten in Niedersachsen. Schlussbericht. Fachhochschule Nordostniedersachsen. Lüneburg
- Walper S (1999). Auswirkungen von Armut auf die Entwicklung von Kindern. In: Sachverständigenkommission Zehnter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.). Kindliche Entwicklungspotenziale. Normalität, Abweichung und ihre Ursachen. Materialien zum 10. Kinder- und Jugendbericht, Bd. 1. München, 291-360

- Walter U (2003). Babylon im SGB? Eine Analyse der Begriffsvielfalt zur Prävention in den Sozialgesetzbüchern. Sozialer Fortschritt (eingereicht)
- Walter U (2001). Prävention in der zweiten Lebenshälfte – Grundlagen, Potentiale, Rahmenbedingungen und Umsetzung. Habilitationsschrift. Medizinische Hochschule Hannover
- Walter U, Schwartz FW (2002). Prävention durch Krankenkassen – Auf dem Weg zu mehr Zielorientierung und Qualität. In: Walter U, Drupp M, Schwartz FW (Hrsg.). Prävention und Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit Juventa: Weinheim, 15-23
- Walter U, Schwartz FW (2000): Gutachten zur Prävention im deutschen Gesundheitswesen. Zur Vorlage für die Kommission Humane Dienste. Hannover.
- Walter U, Stöckel S (2002). Prävention und ihre Gestaltung vom Kaiserreich bis zur Jahrtausendwende. Zusammenfassung und Ausblick. In: Stöckel S, Walter U (Hrsg.). Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Weinheim München: Juventa, 273-299
- Walter U, Drupp M, Schwartz FW (Hrsg.) (2002). Prävention und Krankenkassen Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Juventa, Weinheim
- Walter U, Flick U, Fischer C, Neuber A, Schwartz FW (2002). Prävention und Gesundheitsförderung aus Sicht von Hausärzten und Pflegekräften in der ambulanten Versorgung. Zwischenbericht des Projektes „Gesundheits- und Alterskonzepte von Ärzten und Pflegekräften in der ambulanten Versorgung älterer Menschen“. Medizinische Hochschule Hannover, Alice Salomon Fachhochschule Berlin
- Walter U, Flick U, Fischer C, Neuber A, Schwartz FW (2002a). Analyse der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegekräften Zwischenbericht des Projektes „Gesundheits- und Alterskonzepte von Ärzten und Pflegekräften in der ambulanten Versorgung älterer Menschen“. Medizinische Hochschule Hannover, Alice Salomon Fachhochschule Berlin
- Walter U, Reichle C, Schneider K, Schwartz FW (1996). Gesundheitsförderung in der zweiten Lebenshälfte. Ein modulares Konzept für Versicherte der Krankenkassen: Das Präventionsprogramm „gesund alt werden“. Z ärztl Fortbild 90(6), 545-551
- Wasem J , Aidelsburger P, Krauth C (2002).Wirtschaftliche Nutzeneffekte der Medizinischen Rehabilitation. Internationale Erfahrungen und erste Ergebnisse aus den Projekten der Reha-Forschungsverbände. Forum für Gesundheitspolitik, 6-11
- Wehmhöner M (2001). Die sozialkompensatorische Rolle der GKV – Statement des BKK-Bundesverbandes. In: Geene R, Gold C, Hans C (Hrsg.) (2001). Armut macht krank! Teil 3. SGB V § 20 Gesundheitsförderung. Zum Abbau sozial ungleicher Gesundheitschancen. Gesundheit Berlin e.V. Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, Berlin, 28-30
- Weidner F, Ströbel A (2002). Pflegeprävention im häuslichen Bereich. Zwischenbericht 2002 zur ersten Phase des Projekts. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung. Köln
- Weiß S (2002). Forum „Prävention und Gesundheitsförderung“ gegründet. Stiftunginitiative muss weiterhin kritisch hinterfragt werden! Die BKK 10, 425-435
- Weitkamp J, Ziller S (2002). Modellprojekt einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Deutschland – Ein Konzept aus befundbezogenen Festzuschüssen und Kostenerstattung. Forum für Gesundheitspolitik 8, April, 113-117
- WHO (1988): Empfehlungen der 2. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, Adelaide, 1988. In: Franzkowiak P, Sabo P. (Hrsg) (1993). Dokumente der Gesundheitsförderung. Mainz 101-107
- Wiethardt (2001). “Mundgesundheit” – Hinweise zur Änderung der Mutterschafts-Richtlinien. Gyn (6) 1-2
- Wiesner R, Mörsberger T, Oberloskamp H, Struck J (2000). SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. In: Wiesner R. (Hrsg.) SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. 2. überarb. Auflage. Beck, München
- Wiethardt (2001a). Ein Konzept zur Verbesserung der Mundgesundheit in Deutschland – Wie können die verschiedenen Prophylaxeansätze wirkungsvoller aufeinander abgestimmt werden? Referat anlässlich der Tagung des BZÖg am 03.03.2000 in Kassel
- Wiethardt B (2000). Die zahngesundheitliche Prävention – Ein Beispiel unkordinierter Gesetzgebung –.Arbeit und Sozialpolitik 7-8: 47-53
- Wiethardt B (1999). Zahngesundheitliche Prävention aus Sicht der GKV. Prophylaxe impuls 2, 124-129

- Wiethardt B (1996). Der Stand der zahngesundheitlichen Prävention in der Bundesrepublik Deutschland. *SdL3*, 100-121
- Wilson JMG, Jungner G (1968). Principles and practice of screening for disease. World Health Organization, Geneva
- Widorfer A (2002). Impfen als Beispiel ernsthafter Präventionspolitik. *Public Health Forum* 10, Heft 35, 3-5
- Winter M, Kuhlmeier A (2002): Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege. In: Stöckel S, Walter U (Hrsg.). Prävention im 20. Jahrhundert. Juventa: Weinheim, München, 266-272
- Winter B, Sindermann L (Red.) (2002). Eckpunktepapier für eine integrationsorientierte Gesundheitsreform aus Sicht chronisch kranker Menschen. Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.). Belin
- Wismar M, Bramesfeld A, Brasseit U, Wörz M, Albrecht D (2002). Gesundheitsversorgung in Deutschland: finanzielle und politische Zuständigkeiten. Erstellt im Auftrag des Parlamentarischen Beratungs- und Gutachterdienstes des Landtags Nordrhein-Westfalen. Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
- Wittmann H (1998). Übersicht zur Jugendzahnpflege in der Bundesrepublik Deutschland. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege. Bonn
- Zimmer S (2000). Kariesprophylaxe als multifaktorielle Präventionsstrategie. Habilitationsschrift. Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin
- Zimmer S, Bizhang M, Jochimski P, Seemann R, Roulet JF (1997). Möglichkeiten der Risikodiagnostik und Individualprophylaxe bei Schulkindern. Abschlussbericht. Charité Berlin, Zentrum für Zahnmedizin. Berlin
- Zimmer S, Seemann R, Bizhang M (1997). Einfluss der Individualprophylaxe auf die Mundhygiene von Kindern. *Dtsch Zahnärztl Z* 52, 19-21
- Zinke E (2001). Statement in der Podiumsdiskussion. In: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.). Forum „Zusammenarbeit der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren – Bilanz und Perspektiven“ am 28. September 2000 im Gustav-Stresemann-Institut Bonn, 80-97
- Zwingmann B (1998). Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung. Aufgaben der Sozialversicherungsträger aus gewerkschaftlicher Sicht. In: Müller R, Rosenbrock R (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung – Bilanz und Perspektiven, 117-133