

Von der Krankheitsversorgung zur Gesunderhaltung – neue Wege in der Prävention

Wie selbstverständlich gehen wir mit den Worten „Gesundheitswesen“, „Gesundheitssystem“ oder „Gesundheitspolitik“ um, kaum aber ist uns bewusst, dass es bei all diesen politischen Systemzuschreibungen im Kern nicht um Gesundheit geht, sondern um die Heilung, Linderung und die – auch finanzielle – Kompensation von Krankheit. Streng genommen haben wir also kein Gesundheitssystem im wörtlichen Sinne, sondern ein Krankheitsversorgungs- und -verwaltungssystem.

Die Folgen dieser verschobenen Wahrnehmung und Benennung sind dramatisch. Im Wortsinne „systematisch“ blenden wir nämlich aus, dass eine Förderung von Gesundheit in unserem Versorgungssystem kaum verankert ist. Zwar gibt es seit 1989 einen Paragraf 20 im SGB V, der in wechselnden Textfassungen Aspekte der Prävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung regeln soll, zugewiesen wird die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen dabei jedoch nahezu ausschließlich den Krankenkassen, die in ihrer Historie und in ihrer eigentlichen Versorgungsfunktion eine Verhinderung von Krankheit gar nicht im „Portfolio“ haben. Mit den Formulierungen des §20 werden den Kassen die Umsetzung präventiver Maßnahmen und die Bereitstellung entsprechender Mittel also zwar „verordnet“, diese formale Rechtssetzung lässt aber außer Acht, dass Krankenkassen aus ihrer Historie und in ihrer systemischen Verankerung zu Prävention kaum intrinsisch motiviert und geeignet sind.

Weitestgehend ausgeblendet wird damit, dass Gesundheit im eigentlichen Sinne nicht oder nur zu sehr geringem Teil *innerhalb* des Gesundheitssystems verankert und geleistet werden kann. Die zahlreichen Ebenen, in denen Gesundheit tatsächlich gefördert werden könnte (und müsste), liegen in anderen bundes-, landes- und kommunalpolitischen Politikfeldern, als sie vom SGB V beschrieben und bestellt werden können: in der Bildungspolitik, beim Verbraucherschutz, in der Stadtplanung, in der Kommunalpolitik, in der Arbeits- und Sozialpolitik.

■ Dringender Handlungsbedarf

Diese unzureichende Verortung der Prävention in unserem Gesundheits- und Pflegesystem ist insofern dramatisch, als dass wir in der Kombination mehrerer Faktoren dringend zu Umsetzungsstrategien kommen müssen, die tatsächlich die „Ressource Gesundheit“ so lange wie möglich schützen und bewahren.

- Der medizinische Fortschritt wird dazu führen, dass wir zukünftig

immer länger krank sein und entsprechende Versorgungsleistungen konsumieren werden. Die Verlängerung des Lebens ist natürlich prinzipiell keine schlechte Botschaft, wird aber dazu führen, dass wir dringend Ansätze entwickeln und fördern müssen, um möglichst lange *gesund* alt zu werden. Andernfalls wird eine Versorgung, wie wir sie heute (noch) kennen, nicht mehr finanzierbar sein.

- Der demografische Wandel verschlimmert diese Situation, denn den wachsenden Kosten einer älter werdenden Gesellschaft steht eine sinkende Zahl junger (und hoffentlich gesünderer) Beitragszahler gegenüber. (Die Grenzen der Finanzierbarkeit unseres Systems sind bereits heute erkennbar – könnten aber durch eine wirkungsvolle Hebung von Effizienzreserven vermutlich noch eine Weile verzögert werden.)
- Auch vor dem Gesundheitswesen selbst macht der demografische Wandel nicht Halt. Wir werden also nicht nur weniger finanzielle Mittel zur Verfügung haben, um die wachsende Zahl versorgungsbedürftiger Menschen zu finanzieren, es werden uns auch weniger medizinische und pflegerische Fachkräfte zur Verfügung stehen, um uns um diese versorgungs- und pflegebedürftigen Menschen zu kümmern.
- Ein wichtiger Aspekt, der bislang im Gesundheitssystem kaum Berücksichtigung erfährt: Nicht nur im Gesundheitswesen, auch ganz allgemein führt der sich abzeichnende und zum Teil bereits erkennbare Fachkräftemangel zu einer Verringerung von Wertschöpfung, die sich unmittelbar im Bruttoinlandsprodukt (BIP) niederschlägt. Gesundheit und der Erhalt von Gesundheit sind damit – nach der individuellen Steigerung der Lebensqualität und der Entlastung unseres Gesundheitssystems – auch auf dieser dritten Ebene einer volkswirtschaftlichen Wertschöpfung eine systemstabilisierende Ressource, deren vermeidbarer Vergeudung dringend Einhalt geboten werden muss.

Mit anderen Worten: Wir können und sollten uns (verhinderbare) Krankheit schlicht nicht mehr länger leisten!

■ Eine Bundesstiftung für Prävention und Gesundheit zur System-Umsteuerung

Aus der bislang fehlenden Umsetzung konkreter, operativ wirksamer, nachhaltiger und ressortübergreifender Präventionskonzepte ergibt sich die Notwendigkeit, die bisherigen Versorgungsansätze kritisch zu hinterfragen und sie mit neuen Ideen anzureichern. Bereits Ulla Schmidt hatte dafür im Jahr 2005 im Entwurf für ein „Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“ (BT-Drucksache 15/4833) eine bundesweite „Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung“ geplant (a.a.O. S. 11ff). Allerdings scheiterten diese Überlegungen – im Entwurf von 2005 noch ausschließlich von den Sozialversicherungsträgern finanziert – damals am Widerstand der Länder und an verfassungsrechtlichen Bedenken. Dennoch sollte aufgrund der skizzierten dramatischen Lage umgehend ein neuer Versuch gewagt werden, eine **Bundesstiftung für Prävention und Gesundheit** rechtssicher und mit ausreichender Finanzierung zu etablieren.

Die im Folgenden skizzierte Bundesstiftung stellt eine kollaborative Plattform dar, durch die konkrete gesundheitsrelevante Projekte in einer öffentlich-privaten Partnerschaft geplant, umgesetzt und gefördert werden können. Die Rechtskonstruktion der *Bundesstiftung* ist dabei konstitutiv. Eine Bundesstiftung nach deutschem Recht ist die besondere Rechtsform einer Stiftung, die durch den Bund, also die Bundesrepublik Deutschland, gegründet, gefördert oder überwacht wird. Sie dient der Verwirklichung gemeinwohlorientierter Ziele, die im Interesse der Allgemeinheit liegen. Eine Bundesstiftung wird in der Regel als rechtsfähige Stiftung des öffentlichen Rechts gegründet. Am bekanntesten im gesundheitspolitischen Kontext ist die vom Familienministerium geführte „Bundesstiftung Frühe Hilfen“. Aber auch die allseits bekannte „Stiftung Warentest“ wurde 1964 zunächst als Bundesstiftung gegründet.

Eine Bundesstiftung für Prävention und Gesundheit könnte rechtlich an jede Institution der Bundesregierung angebunden werden. Das Bundesministerium für Gesundheit ist hier keineswegs der einzige denkbare Träger; der ressortübergreifende Ansatz könnte beispielsweise auch eine Ansiedlung im Bundeskanzleramt sinnvoll machen. Unerlässlich für einen Ansatz über alle Politikbereiche hinweg („Health in all Policies“) ist es jedoch, Kontrolle und Mitsprache zu allen beteiligten Ministerien zu ermöglichen sowie Kooperationen zu gemeinnützigen und privaten Organisationen zur Förderung und Unterstützung des Stiftungszwecks zu unterhalten.

Dies schont gegebenenfalls Bundesbudgets und ermöglicht eine Verbindung direkt auf die Versorgungsebene, indem von der Stiftung Leistungsmodule ähnlich einem Baukastenprinzip an Länder, Landkreise und Kommunen angeboten werden können, die eine flächendeckende Umsetzung ermöglichen können, ohne dass jedes Bundesland, jeder Landkreis und

jede Kommune auf eigene Ressourcen und Ideen zurückgreifen muss. Damit können – ähnlich wie bei den „Frühen Hilfen“ – auf Projektbasis unterschiedliche Träger und Adressatenkreise zur Vermeidung und im Umgang mit „Volkskrankheiten“ (Adipositas, Impfen, Herz-Kreislauf, COPD, Diabetes, mentale Erkrankungen etc.) mit operativen Mitteln ausgestattet werden – z.B. Kommunen, Kindergärten/Lehrereinrichtungen, der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), Arbeitgeber oder auch Bürgerinitiativen.

Eine Sockelfinanzierung der Bundesstiftung ließe sich über eine (im Idealfall freiwillige) zweckgebundene *Abgabe* – also keine Steuer! – auf gesundheitsschädigende Konsumgüter denken. Denn tatsächlich ist kaum noch zu rechtfertigen, dass Tabak-, Nikotin- und Zuckerumsätze bislang zwar unspezifische Steuereinnahmen generieren, aber die gut nachgewiesenen gesundheitlichen Folgekosten bislang der Solidargemeinschaft überantwortet werden. Auch die Industrie insgesamt könnte – über entsprechende PPP-Projekte – Interesse an einer unterstützenden Finanzierung haben, da auch sie, wie gezeigt, in hohem Maße von einer verbesserten Gesamtgesundheit der Bevölkerung profitieren würde. Hier wäre also eine kontinuierliche Finanzierungsgrundlage für eine solche Bundesstiftung denkbar, die dann durch Zustiftungen – beispielsweise durch weiteres Mäzenatentum – zusätzlich aufgestockt werden könnte.

Es ist jedenfalls an der Zeit, die stehende Rede von „einem der besten Gesundheitssysteme der Welt“ zu relativieren. Denn der beständige Fokus auf die Erfolge unseres Systems verstellt mehr und mehr den Blick dafür, was in wachsendem Maße eben auch nicht gut läuft und wo tatsächlich fundamental umgesteuert werden müsste. Der Bereich Prävention gehört – trotz vielfacher Bemühungen in entsprechenden Räten und Arbeitskreisen und den Präventionsverpflichtungen der Krankenkassen – seit Jahren zentral zu diesen nur unzureichend beackerten Feldern. Die hier skizzierte Bundesstiftung für Prävention und Gesundheit könnte für eine solche Umsteuerung ein zentraler Baustein sein.

Weitere Informationen unter:

<https://www.ix-institut.de/projekte/bundesstiftung-praevention-und-gesundheit/>



Autor

Dr. Albrecht Klopfer
Institut für Gesundheitssystem-
Entwicklung
Kontakt:
albrecht.klopfer@ix-institut.de