Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(28)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.
15_Prävention
21.04.2015

Deutscher Gewerkschaftsbund

Bundesvorstand

Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) zur

Öffentlichen Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung:

„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)"
BT-Drucksache 18/4282

sowie den Anträgen:

Antrag der Fraktion DIE LINKE
„Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten"
BT-Drucksache 18/4322

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN:
„Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz"
BT-Drucksache 18/4327

Berlin, 22.04.2015

DGB

DGB Bundesvorstand
VB Annelie Buntenbach
Abteilung Sozialpolitik

Henriette-Herz-Platz 2
10178 Berlin

Rückfragen an:
Sonja König

Tel.: 030 24060-712
Fax: 030 24060-226

1. Allgemeine Bewertung

Insgesamt betrachtet liefert der Gesetzentwurf leider nur wenig Verbesserungen im Vergleich zu dem Gesetzentwurf zur Förderung der Prävention (BT-Drs. 17/13080) der vorangegangenen Legislaturperiode. Auch wenn gute Ansätze hinsichtlich der Erhöhung der Finanzmittel, der Orientierung auf Lebenswelten, der Zusammenarbeit aller Sozialversicherungszweige und der Zertifizierung von Angeboten enthalten sind, stehen dem immer noch gravierende Mängel gegenüber.

Finanzierung

Zu nennen ist hier zum einen, dass die Verteilung der finanziellen Lasten auf mehrere Schultern nicht stattfindet, sondern allein von den Krankenkassen zu tragen sind. Außerdem kritisiert der DGB scharf, dass die entstehenden Kosten fast ausschließlich zu Lasten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler gehen soll. Durch das Einfrieren des Arbeitgeberanteils sind es die Versicherten, die die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung stemmen sollen. Auch die vorgesehene Regelung, dass der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) – und damit eine nachgeordnete Behörde des Bundes – beauftragen soll, ist aus Sicht des DGB eine Zweckentfremdung von Beitragsgeldern und gleichzeitig eine massive Subventionierung der BZgA, die aus ordnungspolitischer Sicht nicht akzeptabel ist.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Zum anderen ist die vorgesehene Regelung, dass Betriebsärztinnen und Betriebsärzten, sowie Fachkräften für Arbeitssicherheit zusätzliche Aufgaben in erheblichem Ausmaß zugewiesen werden sollen, kritisch zu sehen.
Im Unterschied zu den übrigen Lebenswelten gelten für den Betrieb besondere Rahmenbedingungen. Hier resultiert Prävention nicht aus freiwilligen Entscheidungen, sondern es bestehen verbindliche Vorgaben und Verantwortlichkeiten. Die Arbeitgeber, nicht die Krankenkassen oder Betriebsärztinnen und Betriebsärzte, tragen grundsätzlich die Verantwortung im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Verhältnisprävention hat Vorrang vor individuellen Maßnahmen. Bei der Umsetzung der Vorgaben des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) und des Arbeitssicherheitsgesetzes (ASiG) bestehen nach wie vor erhebliche Defizite, auch was die betriebsärztliche Beratung bei der Arbeitsgestaltung angeht. Eine aktuelle Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) stellt heraus, dass 4,7 Millionen Betreuungsstunden in den Betrieben durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte fehlen.[1]

[1] BAuA (2014): Arbeitsmedizinsicher Betreuungsbedarf in Deutschland.
http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F2326.pdf?__blob=publicationFile&v=6

Mit der Novellierung der ArbMedVV in 2013 wurde das sinnvolle Ziel verfolgt, die beratende Funktion der arbeitsmedizinischen Vorsorge zu stärken. Es wurde klargestellt, dass die arbeitsmedizinische Vorsorge keineswegs zwingend Untersuchungen umfasst.
Der Entwurf für ein Präventionsgesetz sieht eine Wiedereinführung der Untersuchungsmedizin durch die Hintertür vor. Der individuelle Gesundheitszustand wird als Ausgangspunkt für präventives Handeln genommen. Dieser Ansatz widerspricht dem des Arbeitsschutzes, in dem eben nicht individuelles Verhalten, sondern die menschengerechte Gestaltung der Arbeit im Mittelpunkt steht.

Den Betriebsärztinnen und Betriebsärzten sollen nun die zusätzliche Aufgabe zugeteilt werden, die Beschäftigten auch zu allgemeiner Verhaltensprävention zu beraten.
Ganz abgesehen davon, dass die Zuweisung zusätzlicher Aufgaben angesichts des sich zuspitzenden Mangels an Arbeitsmediziner/innen kontraproduktiv ist, hat diese Regelung eine erneute Verwässerung der Rolle der Betriebsärztinnen und -ärzte zur Konsequenz.
Wir sehen zudem die Gefahr, dass durch die starke Betonung verhaltensorientierter Ansätze betriebliche Gesundheitsförderung an Stelle, und nicht ergänzend zum Arbeitsschutz betrieben wird. Dies birgt die zusätzliche Gefahr, dass eine Quersubventionierung der Arbeitgeber durch die Krankenversicherung stattfindet.

Bisher nehmen Betriebsärztinnen und Betriebsärzte die Beratungsfunktion für Arbeitgeber und Beschäftigte wahr und beurteilen die Arbeitsbedingungen – sie sind keine Erbringer gesundheitlicher Dienstleistungen. Nun werden sie, losgelöst von ihren Aufgaben nach dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG), zu eigenständigen Akteuren mit der Berechtigung, Maßnahmen vorzuschlagen, die selber erbracht und abgerechnet werden können
Für die Ärztinnen und Ärzte, aber auch für Beschäftigte ist dabei nicht klar, welche Rolle die arbeitsmedizinische Vorsorge bzw. der Betriebsarzt hat. Geht es bei der Vorsorge um arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken oder das individuelle Verhalten?

Öffentlicher Dienst/ Beamtinnen und Beamte

Der Entwurf ist hinsichtlich der Prävention im öffentlichen Dienst und für alle Beschäftigten im öffentlichen Dienst äußerst lückenhaft. Zum einen sind öffentliche Arbeitgeber und Dienstherrn nicht von den zu beteiligenden Unternehmensverbänden umfasst. Auch trifft sie keine Auskunftspflicht für den Präventionsbericht hinsichtlich der nicht gesetzlich versicherten Beamtinnen und Beamten – und dies obwohl viele Beamtenberufe überdurchschnittlich hohe Krankenstände aufweisen. Zum anderen sind die Beschäftigtengruppen des öffentlichen Dienstes nicht voll einbezogen.

Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention enthält noch keine ausreichende Regelung für die betriebliche Gesundheitsförderung von nicht gesetzlich krankenversicherten Beamtinnen und Beamten. Neben den kleinen Gruppen der heilfürsorgeberechtigten sowie der unversicherten Beamtinnen und Beamten gilt

dies auch für die privat versicherten Beamtinnen und Beamten. Unternehmen der privaten Krankenversicherung und die Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sollen mit der Regelung des Artikel 1 (§ 20e SGB V - Nationale Präventionskonferenz) weiterhin nur freiwillig zur Bereitstellung entsprechender Mittel für Prävention animiert werden. Unbeschadet unserer Grundsatzforderung, dass sich die private Kranken- und Pflegeversicherung an der Finanzierung beteiligen müssen, muss auf jeden Fall eine Vorkehrung getroffen werden, dass die Dienstherrn entsprechend des Beihilfebemessungssatzes die Kosten für Präventionsmaßnahmen tragen, sofern die private Kranken- und Pflegeversicherung dies nicht leisten.

Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen

Der DGB kritisiert, dass der Entwurf keine Regelungen trifft oder Anreize setzt, die primäre Prävention und die Gesundheitsförderung von Arbeitslosen auszubauen. Hier passiert bisher deutlich zu wenig. Der im Vergleich zur Gesamtbevölkerung schlechtere gesundheitliche Zustand der Personengruppe der Arbeitslosen ist empirisch gut belegt. Faktisch profitiert diese Gruppe aber weniger als Beschäftigte von Angeboten der gesetzlichen Krankenkassen. Damit droht eine Verschlechterung des Gesundheitszustands mit weiteren negativen Folgen sowohl hinsichtlich des persönlichen Wohlbefindens als auch der Arbeitsmarktintegration. Hier werden Kostenbelastungen in die Zukunft verschoben oder indirekt auf andere Kostenträger abgewälzt. Der DGB fordert, dass die zwischen BA und Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossene Rahmenvereinbarung zur Gesundheitsprävention von Arbeitslosen mit Leben gefüllt wird.

2. Regelungen im Einzelnen

Der DGB begrüßt die Hinzunahme der geschlechtsspezifischen Besonderheiten bei der Entwicklung und Implementation von präventiven und gesundheitsförderlichen Leistungen. Damit trägt der Gesetzgeber wissenschaftlichen Erkenntnissen Rechnung, die klar belegen, dass sowohl beim Gesundheitsverhalten als auch bei der Diagnose und Therapie von Krankheiten eine geschlechtersensible Vorgehensweise notwendig ist.

Der DGB begrüßt, dass prioritäre Handlungsfelder durch den GKV-Spitzenverband festgelegt werden sollen. Dadurch wird die Mitwirkung der Sozialpartner gewährleistet und gleichzeitig verhindert, dass Interessen Dritter, die ökonomische Absichten haben, berücksichtigt werden. Die Beratung durch gesundheitswissenschaftliche Expertise wird begrüßt. Die obligatorische Zertifizierung von Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung stellt sicher, dass ein Mindestmaß an Qualität vorhanden ist. Nur so kann auch ein Nutzen für die Versicherten entstehen. Der DGB begrüßt, dass die Zertifizierung durch die gesetzlichen Krankenkassen geregelt werden soll und regt an, die Leistungen ebenfalls daraufhin zu prüfen, ob sie einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Ansonsten besteht die Gefahr, dass der eigens in § 20 Abs. 1 formulierte Anspruch abermals nicht erfüllt werden kann und sich das sogenannte Präventionsdilemma noch weiter verschärft. Das Präventionsdilemma besagt, dass es nicht gelingt, diejenigen Bevölkerungsgruppen mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu erreichen, die als besonders gefährdet und bedürftig gelten.

Eine enge Abstimmung und Berücksichtigung der Ziele der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz hält der DGB für zwingend notwendig, ebenso die verpflichtende Einbindung der Sozialpartner. Erste Schritte in diese Richtung wurden bereits gemacht. Diese Anstrengungen müssen jedoch verstärkt werden, etwa durch die Einrichtung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (NAK) und der Nationalen Präventionskonferenz, um einen ständigen Austausch und das Abstimmen von Maßnahmen zur Gesundheit von Beschäftigten zu gewährleisten.

Der DGB weist darauf hin, dass die geplante Vorgabe an Mitteln für Prävention und Gesundheitsförderung von 7 Euro pro Versicherten/Jahr einen Eingriff in die Finanzautonomie der Krankenkassen darstellt. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass weder der Bund noch die Länder und Kommunen sich finanziell an Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung beteiligen, ist die Finanzierung allein zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nicht hinnehmbar. Zahlreiche Instrumente der Prävention und Gesundheitsförderung beziehen sich auf kommunale Zuständigkeiten bzw.

Länderkompetenzen, die im SGB VIII und SGB XII festgeschrieben sind. Finanzielle Beteiligungen müssen diesen gesetzlichen Vorgaben folgen.

Der DGB verweist an dieser Stelle darauf, dass das SGB IX ebenfalls eine Verpflichtung zur Prävention enthält, die sich auf die Vermeidung von Teilhabebeeinträchtigungen fokussiert. Diese Präventionsverpflichtung sollte sich mit der des Präventionsgesetzes ergänzen. Die Rehabilitationsträger sind in diesem Feld stärker in die Verantwortung zu nehmen.

In § 20 Absatz 2 sollte am Ende der Satz ergänzt werden: „Dienstherrn erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die erforderlichen Auskünfte für die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Beamtinnen und Beamten, Richterinnen und Richter, Soldatinnen und Soldaten."

Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten

Der DGB begrüßt die stärkere Ausrichtung auf Lebenswelten. Bislang dominieren mit Impfungen und diversen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (vor allem Mammographie-Screening, Koloskopie, Hautkrebsscreening, Prostatauntersuchung und Genitaluntersuchung bei der Frau) Leistungen die Präventionslandschaft, die im ärztlichen Setting durchgeführt werden. Oftmals ist der Nutzen von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen oder von Impfungen (z. B. HPV-Impfung) (noch) nicht eindeutig belegt. So wird in der Wissenschaft darüber debattiert, zu welchem Level evidenz-basierter Erkenntnisse Massenscreenings als Regelleistung von der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt werden sollen. Aus Sicht des DGB bietet das Präventionsgesetz eine optimale Chance, stärker nicht-medizinische Leistungen der Primärprävention bzw. Gesundheitsförderung zu etablieren. Denn dem ganzheitlichen Anspruch an eine Präventionsstrategie folgend ist es schlicht weg nicht ausreichend, nur die Seite der Gesundheitsrisiken zu betrachten. Vielmehr ist ein Fokus auf den Ausbau und den Erhalt von Gesundheitsressourcen zu legen. Dabei spielen nicht nur persönliche Lebensweisen eine Rolle, sondern vielmehr die Schaffung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Rahmenbedingungen, in denen den Menschen ein gesundes Leben ermöglicht wird - und zwar für alle Bevölkerungsgruppen. Um dieses Ziel umzusetzen, sind viele Akteure aus den unterschiedlichsten Gesundheitsberufen gefordert: Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sportwissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftler, Gesundheitswissenschaftlerinnen und Gesundheitswissenschaftler, Logopädinnen und Logopäden, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten oder Pflegekräfte. Der DGB fordert, dass die Kompetenzen von allen Gesundheitsberufen abgerufen werden und Prävention nicht allein den Ärztinnen und Ärzten zugeschrieben wird.

Der DGB kritisiert die in § 20a Abs. 3 vorgesehene Beauftragung der BZgA durch die Krankenkassen scharf. Die BZgA ist kein Leistungserbringer, sondern eine nachgeordnete Bundesbehörde. Daher ist die Finanzierung aus Beitragsgeldern ordnungspolitisch nicht

haltbar. Besonders fragwürdig ist die vorgesehene Regelung, da nicht deutlich wird, wie die Krankenkassen, insbesondere die Selbstverwaltung, die Ausgaben der BZgA kontrollieren können. Der Haushalt der BZgA im Jahr 2014 beträgt knapp 31 Millionen Euro. Die geplante Finanzierung durch Beitragsgelder würde sich jährlich auf ca. 35 Millionen Euro belaufen, was mehr als einer Verdopplung des derzeitigen Haushalts gleichkommen würde. Außerdem wird mit dieser Regelung den Krankenkassen implizit unterstellt, dass sie keine geeigneten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen entwickeln, implementieren und evaluieren können. Es kann seitens des BMG nicht begründet werden, warum nicht die Krankenkassen selbst, oder die Kommunen die Leistungen anbieten bzw. organisieren sollen. Eine weitere Quersubventionierung des Bundeshaushaltes mit Beitragsgeldern der GKV – und damit aus dem Einkommen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer – ist in keiner Weise akzeptabel.

Zur Berücksichtigung sämtlicher Beschäftigungsverhältnisse – auch im öffentlichen Dienst – schlägt der DGB folgende Änderungen vor:
In § 20b Satz 1 sollten nach „Unternehmen" die Wörter „sowie öffentlichen Arbeitgebern und Dienstherrn" eingefügt werden.

In § 20b Satz 3 und Satz 4 sollten jeweils nach „Unternehmensorganisationen" die Worte „und öffentliche[r] Dienstherrn und Arbeitgeber sowie deren Verbände" eingefügt werden. Um keine großen Beschäftigtengruppen auszulassen, ist hier wichtig, auch „öffentliche Dienstherrn und Arbeitgeber" aufzuführen. Denn im Regelfall ist ein Bundesland als Arbeitgeber nicht Mitglied einer *örtlichen* öffentlichen Arbeitgeberorganisation. Die Arbeitgeberorganisation „Tarifgemeinschaft deutscher Länder" hat jenseits ihrer Landesgruppen Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen keine lokalen Gliederungen sondern nur Länder als Mitglieder – bei denen gleichwohl so viele Menschen beschäftigt sind wie bei den Mitgliedern manch landesweiter Unternehmensorganisation. Zudem haben die öffentlichen Arbeitgeberorganisationen VKA (bzw. KAV in den Ländern) und TdL kein Mandat zu Vereinbarungen in Bezug auf Beamtinnen und Beamte und Richte-rinnen und Richter.
Überdies sind große öffentliche Arbeitgeber wie der Bund (und das Land Hessen) gar keine Mitglieder von Arbeitgeberorganisationen.

Eine entsprechende Ergänzung ist auch in § 20b Abs. 4 SGB V nach dem Wort „Unternehmensorganisationen" einzufügen.
Wir schlagen zur Klarstellung einen neuen Absatz 5 in § 20b SGB V vor: „Als Betriebe im Sinne dieses Gesetzes gelten auch Dienststellen öffentlicher Arbeitgeber und Dienstherrn."

Die Rolle der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte

Die Aufgaben der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sind im Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) grundlegend geregelt und in der DGUV Vorschrift 2 sind die vom Arbeitgeber zu bezahlenden Einsatzzeiten näher bestimmt. Nach wie vor besteht erheblicher Nachholbedarf bei den Kernaufgaben der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte nach ASiG und DGUV Vorschrift 2. Hinzu kommt die sich zuspitzende Versorgungslücke mit Arbeitsmediziner/innen. Die Vergabe zusätzlicher Aufgaben, noch dazu mit dem Fokus auf das individuelle Verhalten der Beschäftigten, ist da kontraproduktiv.

Sinnvollerweise müssen bei der Gestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderung die betriebliche Interessenvertretung der Beschäftigten und weitere Funktionsträger der Organisation des Arbeitsschutzes einbezogen werden. Die Verknüpfung mit dem betrieblichen Arbeitsschutz muss gewährleistet werden, ebenso das Vorliegen der Gefährdungsbeurteilung, die als Grundlage für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung herangezogen werden sollte. Ohne eine ganzheitliche Gefährdungsbeurteilung kann keine bedarfsgerechte betriebliche Gesundheitsförderung stattfinden, die damit erneut droht, allein aus Marketinggründen von den Krankenkassen angeboten zu werden.
Der DGB verweist an dieser Stelle auf das Mitbestimmungsrecht des Betriebsrats bzw. des Personalrats. Der DGB fordert, dass diese Mitbestimmungsrechte in Fragen der Gesundheit ausgebaut werden. Der DGB schlägt vor, dies in § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG sowie § 75 Abs. 3 Nr. 11 BPersVG zu regeln. Zudem verweist der DGB auf die notwendige und sachgerechte Beteiligung der Sicherheitsfachkräfte und, sofern vorhanden, des Arbeitsschutzausschusses. Die Sicherheitsfachkräfte können beispielsweise aus Erkenntnissen der Gefährdungsbeurteilung viel zur Ausrichtung der Verhältnisprävention beitragen. Das Zusammenarbeiten mit dem Arbeitsschutzausschuss stellt die Verknüpfung der einzelnen Aktivitäten vor Ort im Betrieb sicher.

Der DGB lehnt eine Koordinierung durch örtliche Unternehmensorganisationen, mit denen die Krankenkassen Kooperationsvereinbarungen schließen sollen, strikt ab. Der DGB fordert eine paritätische Beteiligung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und ihrer maßgeblichen Verbände – auch auf regionaler Ebene. Im Bereich der BGF muss das Ziel eine regionale Koordination der Aktivitäten zwischen den Sozialversicherungsträgern und weiteren Akteuren der GDA sein. Dass Unternehmensorganisationen genauso wie die Gewerkschaften Hauptbestandteile eines organisierten regionalen Netzwerks – insbesondere bei der BGF – sein müssen, versteht sich daher von selbst.

Auch hier wird den Betriebsärzten und Betriebsärztinnen eine zusätzliche Aufgabe zugewiesen, die nicht mit der ArbMedVV in Einklang steht. Alle Betriebsärzte sollen nun grundsätzlich impfen und dies über die Kassen abrechnen dürfen. Es besteht das Risiko, dass Beschäftigte zu Impfungen mit zweifelhaftem Nutzen überredet werden. Impfungen im Rahmen des Arbeitsschutzes hingegen werden zu Recht begrenzt, Anforderungen dafür müssen genau geklärt werden. Die Kosten dafür trägt der Arbeitgeber. Werden nun zu-

nehmend Impfungen durch die Betriebsärztinnen und Betriebsärzte vorgenommen, so ist zu erwarten, dass damit in der Praxis eine Kostenverschiebung vom Arbeitgeber auf die Krankenkassen einhergeht.

Nationale Präventionsstrategie

Der DGB begrüßt die Entwicklung einer Nationalen Präventionsstrategie. Insbesondere die Zusammenarbeit der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sieht der DGB als einen wichtigen Schritt, um wirkungsvoll und zielorientiert Prävention und Gesundheitsförderung betreiben zu können. In der Arbeitswelt existiert derzeit überwiegend ein Nebeneinander der Sozialversicherungsträger und ihrer Unterstützungsleistungen. Um die unterschiedlichen Einwirkungen am Arbeitsplatz, sowohl Gesundheitsrisiken als auch Gesundheitsressourcen, gebündelt betrachten, analysieren und darauf reagieren zu können, sind die Sozialversicherungsträger stärker zusammenzubringen. Die gesetzliche Unfallversicherung, die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung können durch Kooperationen bislang nicht genutzte Synergien in den Betrieben und Dienststellen heben, die letztlich und langfristig allen zu Gute kommen. Dazu müssen Kooperationen gefördert werden und nicht durch Wettbewerbsstrategien, wie beispielsweise im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen, erschwert werden.

Die Erstellung eines Präventionsberichts ist aus Sicht des DGB zweckmäßig. Allerdings erscheint die vierjährige Berichtsperiode zu lang. Es vergeht dadurch zu viel Zeit, um nachsteuern zu können und Verbesserungen im Sinne der Versicherten zu erreichen. Den Bericht im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichen, hält der DGB zumindest am Anfang des Prozesses für sinnvoll.

Der DGB fordert zur nachhaltigen Sicherung und zum Erhalt der Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit von chronisch kranken Beschäftigten auch die Berücksichtigung von sekundär- und tertiärpräventiven Aspekten im Präventionsgesetz.

So sollte im § 20d „Nationale Präventionsstrategie" in Abs. 3 folgendes ergänzt werden: „die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten **sowie Leistungen zum Erhalt und zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit von Versicherten** zuständigen Trägern und Stellen, insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligten Organisationen und Einrichtungen sowie die Dokumentations- und Berichtspflicht erstmals zum 31.12.2015."

In § 20d Abs. 4 SGB V (Entwurf) sollte nach „die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen" eingefügt werden: „den Leistungen der öffentlichen Dienstherrn für nicht

gesetzlich krankenversicherte und im Fall des § 20e Abs. 1 Satz 2 bis 4 für nicht privat versicherte Beamtinnen und Beamten".

In § 20f Abs. 2 sollte unter 6. (Entwurf) nach „die Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen" eingefügt werden: „wie beispielsweise die Verbände der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen".

Nationale Präventionskonferenz

Die Einrichtung einer Nationalen Präventionskonferenz wird begrüßt. Die private Kranken- und Pflegeversicherung sollte jedoch dazu verpflichtet werden, sich mit dem gleichen Betrag – gemessen an den Versichertenzahlen - wie die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen an Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung zu beteiligen. Ebenso haben sich die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen an die Rahmenempfehlungen und prioritären Handlungsfelder zu halten.

Die Mitwirkung der Sozialpartner begrüßt der DGB ausdrücklich, die Rolle der Sozialpartner muss allerdings stärker herausgestellt und mit Kompetenzen unterfüttert werden. Der DGB kritisiert an dieser Stelle ausdrücklich, dass die Sozialpartner bei der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (NAK) lediglich mit beratender Stimme beteiligt sind. Die Sozialpartner stellen das Bindeglied zwischen und innerhalb der verschiedenen Sozialversicherungsträger dar. Angesichts der Bedeutung der Arbeitswelt für gesundheitliche Prävention und Gesundheitsförderung – sowohl als Lebenswelt als auch als Finanzierungsbasis – fordert der DGB für die Sozialpartner eine Beteiligung an der Präventionskonferenz mit Sitz und Stimme. Dies gilt ebenfalls für die NAK. Zumindest sollte die Anzahl der Vertreterinnen und Vertreter der Sozialpartner an die der NAK angepasst werden.

Der DGB lehnt es ab, dass die Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz von der BZgA geführt werden sollen – sie ist nur eine Unterbehörde des BMG. Ein sinnvolles Vorgehen wäre, dass die Sozialversicherungsträger die Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft führen. Es muss auf jeden Fall sichergestellt werden, dass alle wichtigen Akteure – insbesondere auch die Bundesländer – an der Nationalen Präventionskonferenz verbindlich eingebunden werden.

Prävention und Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen

Die Arbeitslosenversicherung und insbesondere das Hartz-IV-System, in dem rund 70 Prozent der Arbeitslosen betreut werden, sind im Entwurf nicht ausreichend adressiert, obwohl es enge Zusammenhänge zwischen Gesundheitszustand und Arbeitsmarktintegration gibt. Insofern ist der Entwurf noch lückenhaft. BA und die Träger des Hartz-IV-Systems an der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen zu beteiligen, wobei die Art der Beteiligung

offen bleibt, reicht nicht aus. BA und Hartz-IV-Träger sollten im Verfahren nach § 20d Abs. 2 voll einbezogen werden.
Der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand ist wissenschaftlich gut belegt. Etwa ein Drittel der erwerbsfähigen Hartz-IV-Beziehenden hat erhebliche gesundheitliche Einschränkungen. Psychische Beeinträchtigungen spielen dabei eine besondere Rolle. Mit Etablierung des Hartz-IV-Systems und der Zunahme prekärer Beschäftigungsformen haben sich die Wechselwirkungen zwischen Arbeitslosigkeit, prekärer Beschäftigung und gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch verstärkt. Die Kausalitäten wirken dabei in beide Richtungen: Krankheit ist einerseits Folge, andererseits auch Ursache von Arbeitslosigkeit. Bei der überdurchschnittlichen Betroffenheit von gesundheitlichen Problemen ist es nach Auffassung des DGB angemessen, Arbeitslose auch als explizite Zielgruppe für Leistungen der Prävention und der Gesundheitsförderung im Gesetz zu benennen.
Die BA hat sich in den vergangenen Jahren, auch auf Initiative der Gewerkschaften, verstärkt mit dem Thema Gesundheitsorientierung in der Arbeitsmarktpolitik beschäftigt. In diesem Zusammenhang wurden auch Empfehlungen des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung zur besseren Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Arbeitsagenturen und Jobcentern (soweit sie als gemeinsame Einrichtungen von BA und Kommune betrieben werden) vereinbart. Auf dieser Grundlage konnten einige Initiativen gestartet werden. Es fehlt jedoch noch an einer flächendeckenden Umsetzung. Hier sind die gesetzlichen Krankenkassen selbst gefordert, die Empfehlungen ihres Spitzenverbandes umzusetzen.
Auf Seiten der Arbeitsförderung ist eine Integration gesundheitsförderlicher Aspekte in Maßnahmen der Jobcenter bzw. der Arbeitsagentur teilweise erfolgt. Der Integration von gesundheitsfördernden Teilmaßnahmen ist allerdings eine rechtliche zeitliche Obergrenze von 20 Prozent an der Gesamtmaßnahme gesetzt.

Ein weiterer wichtiger Akteur bei der Gesundheitsförderung von Arbeitslosen im Hartz-IV-System sind die Kommunen. Die Kommunen sind laut SGB II für die so genannten sozialflankierenden Eingliederungsleistungen zuständig. Hierzu zählen auch präventive Angebote wie Suchtberatung und psychosoziale Betreuung. Soweit überhaupt Daten zu diesem Themenkomplex vorliegen, zeigen diese, dass die Bedarfe von Arbeitslosen bei weitem nicht gedeckt sind. Hier muss nach Auffassung des DGB eine größere Verbindlichkeit erzielt werden, indem diese Leistungen als Rechtsanspruch gesetzlich gestaltet werden.
Angesichts der engen finanziellen Verhältnisse gerade der Harz-IV-Beziehenden müssen bestehende Zugangshürden bei der individuellen Verhaltensprävention abgebaut werden. Eigenanteile oder Vorleistungen sollten nach Möglichkeit für diesen Personenkreis komplett abgeschafft werden. Hier ist eine Regelung im Gesetz sinnvoll, da eine entsprechende Empfehlung des Spitzenverbandes der Krankenkassen bisher kaum umgesetzt wurde.

Modellvorhaben

Hier sollte es zu einer Ergänzung des Aspektes des Erhalts und der Sicherung der Erwerbsfähigkeit kommen, um in diesem Rahmen gemeinsame Kooperationen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung in der Implementierung betriebsnaher Präventionskonzepte nach dem Vorbild des Rahmenkonzeptes BETSI „Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern" zu fördern.

Präventionsempfehlung und Bonus-Regelung

Hier zeigt sich, dass der Fokus des Referentenentwurfs weiterhin klar auf der Untersuchung des Einzelnen als Ausgangspunkt für Prävention liegt. Die Präventionsempfehlung soll ausdrücklich auf individuelle Verhaltensprävention abzielen. Die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeits- und Lebensverhältnisse bleibt im Gesetzentwurf unterbelichtet.

Da auch die Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner gemäß § 132f zu allgemeinen Gesundheitsuntersuchungen berechtigt werden, wird, wie bereits zuvor ausgeführt, die mit der ArbMedVV bezweckte Trennung von Vorsorge und Untersuchung aufgehoben.

Generell gilt, dass für Versicherte, die keine empfohlenen Bewegungskurse in Anspruch nehmen möchten, keine Nachteile entstehen dürfen. Die Malusregelung in § 62 SGB V sollte ersatzlos gestrichen werden.

Die Ausrichtung von Boni an der Zielerreichung von Maßnahmen setzt eine fragwürdige Erhebung von Daten voraus. Die Regelung stellt einen Schritt in Richtung „gläserner Mensch" dar, dessen Gesundheitsverhalten im Betrieb erfasst und bewertet wird.
Die Kombination von Boni für den Arbeitgeber und Präventionsempfehlungen durch den Betriebsarzt oder die Betriebsärztin kann dazu führen, dass Beschäftigte in übergriffiger Weise zur Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung genötigt werden.
Die Boni werden bei eingefrorenen Arbeitgeberbeiträgen von den Versicherten finanziert. Werden die BGF-Leistungen tatsächlich deutlich ausgeweitet, geschieht dies in steigendem Umfang.

Prävention und Pflege

Prävention von und bei Pflegebedürftigkeit sind wichtige Handlungsfelder, nicht nur vor dem Hintergrund der steigenden Anzahl älterer und pflegebedürftiger Menschen. Daher begrüßt der DGB, dass Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung auch für den Personenkreis der Pflegebedürftigen geöffnet werden sollen. Allerdings ist die Beschränkung auf stationäre Einrichtungen nicht sinnvoll. Stattdessen erachtet der DGB es für

dringend notwendig, dass auch Menschen, die von ambulanten Pflegediensten versorgt werden, durch präventive Angebote erreicht werden können. Pflegebedürftige, die zu Hause versorgt werden, haben im Durchschnitt eine niedrigere Pflegestufe als Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen. Das Präventions- und Gesundheitsförderungspotential dürfte bei ambulant betreuten Pflegebedürftigen daher noch höher sein. Der DGB hält es für folgerichtig und zweckmäßig, dass pflegebedürftige Menschen, die in ihren eigenen vier Wänden betreut werden, Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung erhalten. Damit könnte ein längerer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit erreicht werden, der zur höheren Zufriedenheit der Versicherten einerseits und zur Kostenersparnis der Pflegekassen andererseits beiträgt.

3. Neuer Artikel: Änderungen im Beamtenrecht

Neben den oben dargelegten Vorschlägen bedarf es auch Ergänzungen im Beamtenrecht, damit das Präventionsgesetz nicht lückenhaft in Bezug auf den Großteil der Beschäftigungsverhältnisse im öffentlichen Dienst bleibt.

Die öffentlichen Arbeitgeber entziehen sich einerseits mit dem Prinzip der Kostenerstattung im Krankheitsfall der solidarischen Finanzierung des Risikos Krankheit. Andererseits verweisen die Dienstherren darauf, betriebliche Gesundheitsförderung sei gerade auf Grund des Charakters der Beihilfe nicht deren Aufgabe. Die Tatsache, dass die Leistungen der Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur betrieblichen Gesundheitsförderung ihrer Kundinnen und Kunden nicht verpflichtend sind, bedeutet im Umkehrschluss, dass diese Kundinnen und Kunden als Beamtinnen und Beamte vom Wohlwollen des Dienstherrn abhängig sind was Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung angeht. Wenn jetzt mit einem Präventionsgesetz bessere Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung und die Prävention der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland geschaffen werden sollen, dann sollte die Chance und die Notwendigkeit nicht verpasst werden, auch einen einheitlichen Standard für die betriebliche Gesundheitsförderung von Beihilfeberechtigten zu entwickeln.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich Ergänzungsbedarfe unter besonderer Berücksichtigung der verschiedenen Gruppen von Beamtinnen und Beamten:

- Gesetzlich versicherte Beamtinnen und Beamte (ca. 8 Prozent aller Beamtinnen und Beamten) tragen über ihren Beitrag zur GKV zur Prävention bei. Da sie diesen Beitrag aber ohne Zuschuss des Dienstherrn alleine tragen, entzieht sich der Dienstherr im Vergleich zu privaten Arbeitgeber oder seinen Tarifbeschäftigten der

hälftigen Kostenbeteiligung auch an den Präventionsaufwendungen. Hier ist er in die Verantwortung zu nehmen.

- Für den Bereich der privat versicherten Beamtinnen und Beamten besteht nur der Anreiz an die PKVen, für einen Sitz in der Präventionskonferenz freiwillig angemessene Präventionsaufwendungen zu tätigen. Tun sie dies nicht, sollte zumindest in Höhe des Beihilfeerstattungssatzes (zwischen 50 und 70 Prozent) ein Präventionsbeitrag der öffentlichen Dienstherrn als Auffangregelung im Beamtenrecht vorgesehen werden.

- Daneben gibt es aber auch noch die kleine Gruppe der Empfängerinnen und Empfänger freier Heilfürsorge. Die diesbezüglichen Änderungen in Artikel 8 des Entwurfes sind rein redaktioneller Art und führen nicht zu einem Präventionsniveau, das den vorangegangenen Artikeln des Präventionsgesetzes entspricht. Die Heilfürsorgeempfänger in den Ländern sind ebenfalls nicht erfasst. Auch hierfür bedarf es entsprechender Regelungen.

- Etwaige neben der Beihilfeberechtigung gar nicht krankenversicherte Beamtinnen und Beamte sind ebenfalls in die Finanzierung der Prävention einzubeziehen.

3.1 Änderungen im Beamtenstatusgesetz (BeamtStG)

Vor dem Hintergrund, dass die Bundesländer als Dienstherrn ebenso für die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Prävention heranzuziehen sind wie die privaten und öffentlichen Arbeitgeber, sieht der DGB auch für eine detaillierte Regelung im Beamtenstatusgesetz eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes als gegeben.

Der DGB fordert, dass der bisherige Inhalt des § 45 BeamtStG zu Absatz 1 wird, an den sich ein neuer Absatz 2 anschließt:

„Die Dienstherrn tragen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitlichen Handelns der Beamtinnen und Beamten und ihrer Familienangehörigen (Gesundheitsförderung) bei. § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt entsprechend. Die Verpflichtung des Satz 1 gilt bei jenen Beamtinnen und Beamten oder deren Familienangehörigen als erfüllt, die

1. *Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind und deren Krankenkassenbeiträge im Kalenderjahr der Dienstherr mindestens im Umfang des hälftigen Betrages des § 20 Abs. 6 SGB V getragen oder dem Beamten erstattet hat;*

2. *Mitglied einer privaten Krankenversicherung sind, sofern die Unternehmen der privaten Krankenversicherung einen eine angemessene finanzielle Beteiligung gemäß § 20e Absatz 1 SGB V erbringen.*

Soweit die Beamtinnen und Beamten sowie deren Angehörige nicht die Voraussetzungen des Satzes 2 erfüllen hat der Dienstherr für jede solche Person mindestens einen Betrag entsprechend § 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V multipliziert mit dem jeweiligen Beihilfebemessungssatz in nächstjährige Haushaltstitel für Gesundheitsprävention der Beamtinnen und Beamten einzustellen. Sie sind für verhältnis- und verhaltenspräventive Leistungen entsprechend §§ 20, 20b, 20c SGB V sowie in für Beamtinnen und Beamte und deren Angehörige relevanten Lebenswelten entsprechend § 20a SGB V aufzuwenden. Die Mittel dürfen nicht für andere Zwecke, insbesondere nicht für Pflichtaufgaben des Dienstherrn nach Maßgabe des Arbeitsschutzrechts verwendet werden. Nicht verausgabte Haushaltsmittel für Gesundheitsprävention sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung zu stellen, der sie entsprechend § 20b Abs. 4 Satz 2 SGB V zu verteilen hat."

3.2 Änderungen im Bundesbeamtengesetz (BBG)

Wir fordern, dass der bisherige Inhalt des § 78 BBG zu Absatz 1 wird, an den sich ein neuer Absatz 2 anschließt:
„Der Dienstherr trägt zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitlichen Handelns der Beamtinnen und Beamten und ihrer Familienangehörigen (Gesundheitsförderung) bei.

§ 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt entsprechend. Die Verpflichtung des Satz 1 gilt bei jenen Beamtinnen und Beamten oder deren Familienangehörigen als erfüllt, die

1. *Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind und deren Krankenkassenbeiträge im Kalenderjahr der Dienstherr mindestens im Umfang des hälftigen Betrages des § 20 Abs. 6 SGB V getragen oder dem Beamten erstattet hat;*

2. *Mitglied einer privaten Krankenversicherung sind, sofern die Unternehmen der privaten Krankenversicherung einen eine angemessene finanzielle Beteiligung gemäß § 20e Absatz 1 SGB V erbringen.*

Soweit die Beamtinnen und Beamten sowie deren Angehörige nicht die Voraussetzungen des Satzes 2 erfüllen hat der Dienstherr für jede solche Person mindestens einen Betrag entsprechend § 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V multipliziert mit dem jeweiligen Beihilfebemessungssatz in nächstjährige Haushaltstitel für Gesundheitsprävention der Beamtinnen und Beamten einzustellen. Sie sind für verhältnis- und verhaltenspräventive Leistungen entsprechend §§ 20, 20b, 20c SGB V sowie in für Beamtinnen und Beamte und deren Angehörige relevanten Lebenswelten entsprechend § 20a SGB V aufzuwenden. Die Mittel dürfen nicht für andere Zwecke, insbesondere nicht für Pflichtaufgaben des Dienstherrn nach Maßgabe

des Arbeitsschutzrechts verwendet werden. Nicht verausgabte Haushaltsmittel für Gesundheitsprävention sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung zu stellen, der sie entsprechend § 20b Abs. 4 Satz 2 SGB V zu verteilen hat. Das Nähere regelt eine Rechtsverordnung, die vom Bundesministerium des Innern im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Gesundheit zu erlassen ist."

4. **Zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE**
„Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten"

Der DGB unterstützt die Grundausrichtung des Antrags. Es ist schon seit langem bekannt, dass die gesundheitlichen Ungleichheiten, gemessen beispielsweise an der Lebenserwartung, den gesunden Lebensjahren oder der Verteilung der Krankheitslast, sich in Deutschland manifestiert hat. Ebenso bekannt ist, dass soziale Ungleichheiten zu ungleichen Gesundheitschancen führen. All das greift der Antrag der Fraktion DIE LINKE detailliert auf und benennt wichtige Handlungsfelder. Dazu zählen auch aus Sicht des DGB insbesondere die konsequente Verfolgung und Umsetzung des WHO-Ansatzes „Health in all policies", die Fokussierung auf die Schaffung von gesundheitsförderlichen und damit ressourcenstärkenden Rahmenbedingungen und Lebenswelten, die Bedeutung der Partizipation und Mitbestimmung bei der Entwicklung, Implementation und Bewertung von Maßnahmen, sowie die Forderung nach einer gerechten und ausgewogenen Verteilung der Kosten für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

5. **Zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** „Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz"

Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN setzt den Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung, statt medizinischer Prävention. Auch hier steht die ganzheitliche Betrachtung der Gesundheit im Mittelpunkt, sowie die Ressourcenorientierung. Allerdings wird der Ansatz der Verhältnisprävention aus unserer Sicht nicht konsequent durchgezogen. Aus Sicht des DGB sind die verhaltenspräventiven Elemente leicht überbetont, die Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung und Bewegung dürfen nicht überbetont werden. Vielmehr muss der soziale und lebensweltliche Kontext hinzugezogen werden. Daraus würde deutlich, dass Menschen mit einem schwachen sozioökonomischen Status es wesentlich schwieriger haben, sich ausgewogen zu ernähren oder sich regelmäßig sportlich zu betätigen, allein schon aus finanzieller Sicht. Generell enthält der Antrag jedoch viele positive Aspekte, die der DGB teilt.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(33)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.
15_Prävention
21.04.2015

Deutsche Rentenversicherung Bund

Stellungnahme der Deutschen Rentenversicherung Bund

anlässlich der

Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages

am 22. April 2015

zu dem

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)

BT-Drucksache 18/4282

Antrag der Fraktion DIE LINKE

Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten

BT-Drucksache 18/4322

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz

BT-Drucksache 18/4327

I.) Die Deutsche Rentenversicherung Bund nimmt zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung wie folgt Stellung:

Die Bundesregierung legt ein Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz vor, das unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger und der privaten Kranken- und Pflegeversicherung die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger stärken will. Daneben soll das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz verbessert werden. Die Träger der Deutschen Rentenversicherung werden mit ihren Aufgaben nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI Teil der nationalen Präventionsstrategie.

In den letzten Jahren haben die Rentenversicherungsträger unter Nutzung des erweiterten Leistungsspielraums, der durch die Änderung des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI entstanden ist, eine neue Form der Präventionsleistungen (stationär und ambulant-berufsbegleitend) entwickelt. Diese Leistungen werden zumeist in Kooperation mit den Beschäftigungsfirmen vor Ort durchgeführt und sind der Lebenswelt „Arbeitsplatz und Berufsumfeld“ zuzuordnen. Sie sind, wie die Evaluation im Rahmen des Modellprojekts „Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern“ (Betsi) gezeigt hat, wirksam und nachhaltig. Hiervon ausgehend haben die Rentenversicherungsträger ein Rahmenkonzept Prävention sowie einen Leitfaden für Präventionsleistungen entwickelt. Zurzeit stellt der Aufbau von Präventionsangeboten in der Fläche ein wichtiges Handlungsfeld dar, dem sich die Rentenversicherungsträger gemeinsam stellen.

Zu den vorgesehenen Regelungen im Einzelnen:

Änderung im SGB VI

§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI – Streichung der Kostenbegrenzung

Ziel der Rentenversicherungsträger ist es, die Präventionsangebote bundesweit zu etablieren und systematisch auszubauen. Mit der Streichung der Kostenbegrenzung wäre der sog. „kleine Ausgabendeckel“ aufgehoben worden, denn seit 1997 sind die Ausgaben der Deutschen Rentenversicherung für Rehabilitation doppelt begrenzt. Zum Einen sind die Ausgaben in ihrer Gesamtheit gedeckelt (§ 220 SGB VI), zum Anderen sind die besonderen Leistungen (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI, wie beispielsweise Rehabilitation für onkologische Erkrankungen oder Rehabilitation für Kinder und Jugendliche) innerhalb des Gesamtdeckels begrenzt. Diese Ausgaben dürfen 7,5 % der Gesamtausgaben für Rehabilitation nicht überschreiten (kleiner Ausgabendeckel). Sollte diese Begrenzung in Zukunft beibehalten werden,

stehen die Ausgaben für Prävention in Konkurrenz zu den anderen Leistungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI. Insofern spricht sich die Rentenversicherung für die Aufhebung der Kostenbegrenzung aus und damit für die Stärkung der Gestaltungshoheit der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger bei Rehabilitationsleistungen.

Ursprünglich hatte sich auch die Bundesregierung im Koalitionsvertrag (vgl. Ziffer 2.4, Seite 53) darauf verständigt, die Gestaltungshoheit für die Reha-Leistungen der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger zu stärken. Dem hätte es entsprochen, die Begrenzung in § 31 SGB VI aufzuheben und die Gestaltungshoheit der Selbstverwaltung in diesem Bereich zu befördern.

Im Übrigen ist für die Zukunft, wenn die Ausgaben für die von den Rentenversicherungsträgern erbrachten Präventionsleistungen steigen, eine finanzielle Konkurrenz zu den anderen von den Rentenversicherungsträgern erbrachten Leistungen nach § 31 SGB VI (z.B. onkologische Leistungen, Leistungen für Kinder- und Jugendliche) zu befürchten.

Insofern wird von der Deutschen Rentenversicherung die Aufhebung der Kostenbegrenzung nach § 31 Abs. 3 SGB VI weiterhin befürwortet.

Änderungen im SGB V

Der demografische Wandel, die steigende Lebenserwartung und der Wandel von akuten zu chronisch-degenerativen und vermehrt auch psychischen Erkrankungen erfordern die Weiterentwicklung präventiver Strategien auf dem Gesundheitssektor. Die gesetzliche Unfallversicherung, die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung haben in den vergangenen Jahren, jeweils im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags, zunehmend präventive Leistungen entwickelt.

Eine stärkere Verzahnung dieser unterschiedlichen Leistungsangebote soll durch eine gemeinsame Präventionsstrategie zu einer Bündelung und Effizienzsteigerung sowohl bei der Entwicklung und Qualitätssicherung als auch bei der Durchführung von Leistungsangeboten vor Ort beitragen.

§ 20d Abs. 1 SGB V - Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie

Die Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie durch die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger, die Unfallversicherung und die Pflegekassen erscheint im Hinblick auf die Erfahrungen dieser Träger mit den Themen „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ zielführend. Für die gesetzliche Rentenversicherung ist die Beteiligung an der nationalen Präventionsstrategie in § 31 Abs. 2 Satz 3 SGB VI verpflichtend festgelegt worden.

Bisherige Ansätze einer Zusammenarbeit der Träger auf diesem Gebiet, zum Beispiel in der „Initiative Gesundheit & Arbeit“ (IGA), können im Rahmen des Präventionsforums ausgeweitet und institutionalisiert werden, um effektiv und ressourcenorientiert eine evidenzbasierte Präventionsstrategie für das deutsche Gesundheitssystem zu entwickeln. Durch die breitangelegte Diskussion dieser Strategie in der nationalen Präventionskonferenz ist eine Verankerung in den tragenden Institutionen des Gesundheitssystems und längerfristig auch in der Gesellschaft gesichert.

§ 20e SGB V - Nationale Präventionskonferenz

Eine Nationale Präventionskonferenz soll eingerichtet werden, die die Aufgaben der Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie wahrnimmt. Die Präventionskonferenz soll als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger mit je zwei Sitzen organisiert werden. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) soll die Geschäftsführung der Nationalen Präventionskonferenz übernehmen.

Die vorgesehene Führung der Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz durch die BZgA ist ein nicht hinzunehmender Eingriff in die Strukturentscheidung des § 29 SGB IV, den Sozialversicherungsträgern das Recht zur Selbstverwaltung zu übertragen. Die Spitzenorganisationen der Sozialversicherungsträger als Mitglieder der als Arbeitsgemeinschaft organisierten Nationalen Präventionskonferenz haben aufgrund ihres Selbstverwaltungsrechts in eigener Verantwortung und mit eigenen Entscheidungs- und Gestaltungskompetenzen die der Nationalen Präventionskonferenz zugewiesene Aufgabe der Entwicklung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie (§ 20e Abs. 1 SGB V) zu erfüllen. Mit diesem Grundsatz kollidiert die in § 20e Abs. 1 Satz 10 SGB V vorgesehene Festlegung, dass die Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz von der BZgA zu führen sind. Denn auf diese Weise würde mit der BZgA eine Behörde der unmittelbaren Bundesverwaltung direkten Einfluss nehmen auf die von den Sozialversicherungsträgern in eigener Verantwortung und in Wahrnehmung ihres Selbstverwaltungsrechts zu treffenden Entscheidungen und festzulegenden Strategien. Eine „Führung der Geschäfte“ durch die BZgA impliziert einen direkten Einfluss auf die Entscheidungsfindung der die Arbeitsgemeinschaft bildenden Sozialversicherungsverbände.

Darüber hinaus steht die vorgesehene Übernahme der Geschäftsführung durch die BZgA im Widerspruch zur Organisation der Nationalen Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft, für die – so § 20e Abs. 1 Satz 11 SGB V – § 94 Abs. 2 bis 4 SGB X „entsprechend“ gilt. Arbeitsgemeinschaften im Sinne des § 94 SGB X können nur von Sozialversicherungsträgern und ihren Verbänden gebildet werden. Sie können zudem nur Aufgaben wahrnehmen, die zu den durch Gesetz zugewiesenen Aufgaben der beteiligten Stellen gehören. Dies schließt es aus, dass die BZgA die Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft übernimmt, denn in diesem Fall würde mit der BZgA eine nicht zur Arbeitsgemeinschaft gehörende staatliche Behörde im Rahmen ihrer Geschäftsführung in die eigenverantwortlichen Entscheidungskompetenzen und Gestaltungsmöglichkeiten selbstverwalteter Sozialversicherungsträger als Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft eingreifen.

Diese Bedenken werden auch durch den Hinweis, die geplante Regelung des § 20e Abs. 1 SGB V stelle eine die Norm des § 94 SGB X verdrängende spezielle Regelung dar, nicht ausgeräumt. Aufgrund der Regelung des § 20e Abs. 1 Satz 1 SGB V würde es sich bei der Nationalen Präventionskonferenz um eine gesetzlich angeordnete Arbeitsgemeinschaft der Spitzenorganisationen der Leistungsträger handeln. Das ändert allerdings nichts daran, dass der Gesetzgeber Arbeitsgemeinschaften im Bereich der Sozialversicherung in § 94 SGB X kodifiziert hat. An die Nationale Präventionskonferenz als gesetzlich vorgeschriebener Ar-

beitsgemeinschaft sind deshalb – dies ergibt sich auch aus dem Verweis des § 20e Abs. 1 Satz 10 SGB V-E auf § 94 Absätze 2 bis 4 SGB X – die gleichen Maßstäbe anzulegen wie an die auf Grund eigener Entscheidung der Sozialversicherungsträger bzw. ihrer Verbände gegründeten Arbeitsgemeinschaften.

Die „Führung der Geschäfte“ der Nationalen Präventionskonferenz im Bereich der durch das Präventionsgesetz zugewiesenen Aufgaben muss deshalb den Sozialversicherungsträgern bzw. ihren Spitzenorganisationen selbst überlassen bleiben.

§ 20e Abs. 2 SGB V – Präventionsforum

Das einmal jährlich tagende Präventionsforum soll von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BvPG) durchgeführt und organisatorisch betreut werden. Durch die Beauftragung der BvPG entstehen den Rentenversicherungsträgern Mehrausgaben, deren Höhe von dem von der nationalen Präventionskonferenz festzulegenden Schlüssel für die Verteilung der Kosten abhängt. Die Höhe der für die Deutsche Rentenversicherung zusätzlich entstehenden Kosten kann bisher nicht abgeschätzt werden.

Die hauptsächlich für die Durchführung von Präventionsleistungen verantwortlichen Träger haben in der Vergangenheit bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zusammengearbeitet. Beispiele dafür sind auf Ebene der Entwicklung und Erprobung von Modellprojekten zur Prävention die oben genannte IGA sowie auf Ebene der Kooperation und Koordination der Rehabilitationsleistungen die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Eine entsprechende Lösung könnten die selbstverwalteten Sozialversicherungsträger auch für die organisatorische und fachliche Durchführung des Präventionsforums finden, so dass eine Beauftragung der BvPG entbehrlich ist.

§ 20f SGB V - Rahmenvereinbarungen auf Landesebene

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung werden verpflichtet, auf Landesebene Rahmenvereinbarungen mit den anderen Präventionsträgern über die Kooperation und Koordination der Präventionsangebote vor Ort abzuschließen. Diese angestrebten Landesrahmenvereinbarungen sollen der Operationalisierung der Strategien in den Regionen dienen.

II.) Die Deutsche Rentenversicherung Bund nimmt zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz“ wie folgt Stellung:

Der Fokus der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN liegt auf einem Abbau der sozialen Ungleichheit im Hinblick auf die Chancen gesund und lange zu leben. Die Deutsche Rentenversicherung hat nur in geringem Umfang Möglichkeit dies zu beeinflussen. Die Präventionsangebote, die die Rentenversicherung im Setting Arbeitsplatz zur Verfügung stellt, sind jedoch vom Einkommen unabhängig und berücksichtigen den Empowerment-Ansatz. Die Ausgestaltung der Rolle der BZgA kann von den Rentenversicherungsträgern nicht befürwortet werden, da sie den Grundsatz der Gestaltungshoheit der Selbstverwaltung der Sozialversicherung in Frage stellt.

III.) Die Deutsche Rentenversicherung Bund nimmt zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE „Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten“ wie folgt Stellung:

Der Vorschlag der Fraktion DIE LINKEN fokussiert sehr stark auf den Ausgleich sozialer Ungleichheit insgesamt aber auch mit Blick auf Prävention. Diese Aufgabe liegt außerhalb des Aufgabenbereichs der Träger der Rentenversicherung. Durch den Ansatz der Rentenversicherungsträger, Prävention im Setting Arbeitswelt durchzuführen, sind jedoch die Chancen, in den Genuss einer solchen Leistung zu kommen, für alle Arbeitnehmer unabhängig von ihrer sozialen Lage gleich. Der Vorschlag zur Bildung eines Fonds, in den unter anderem auch die gesetzliche Rentenversicherung einzahlt und der Vorschlag zur Vergabe dieser Gelder, die dann nicht mehr der Gestaltungshoheit der Selbstverwaltung der Sozialversicherung unterliegt, ist aus Sicht der Rentenversicherung abzulehnen.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.

Der Präsident
Prof. Dr. Ertan Mayatepek

Geschäftsstelle
Chausseestr. 128/129
10115 Berlin
Tel. +49 30 3087779-0
Fax:+49 30 3087779-99
info@dgkj.de | www.dgkj.de

Hausadresse:
Klinik für Allgemeine Pädiatrie,
Neonatologie und Kinderkardiologie
Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
Tel. +49 211 81-17640
Fax: +49 211 81-18757
mayatepek@dgkj.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(1.1)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.
15_Prävention
17.04.2015

Düsseldorf, 17.04.2015

Stellungnahme anlässlich der Öffentlichen Anhörung zum Entwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Drucksache 18/4282)

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland begrüßen wir es, dass die Bundesregierung im 1. Jahr der 18. Legislaturperiode einen Entwurf für ein Präventionsgesetz auf den Weg gebracht hat.
Die Basis für eine gesundheitsbewusste Lebensweise im (Erwachsenen-) Alter wird in der frühen Kindheit gelegt. Daher hat die Umsetzung primärpräventiver und früher sekundärpräventiver Elemente im Kindesalter die größten Effekte. Wir haben wiederholt darauf hingewiesen, dass ein Ausbau der bestehenden Früherkennungs-untersuchungen nach § 26 SGB V zu echten Präventionsinstrumenten hierfür notwendig ist. – Im Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention wird dieser Weg beschritten. Dies findet unsere explizite Anerkennung.

Bei unseren nachfolgenden Kommentaren zu den einzelnen Punkten beschränken wir uns auf die Thematik, die für die Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen relevant sind.

Zu Artikel 1: Änderungen des SGB V

Zu Nr. 5, § 20a (3):
Wir begrüßen den Lebenswelten-Ansatz, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen in Kindertagesstätten, Kindergärten und Schulen erbracht werden sollen, sehr. Diese sollten aber regelhaft in allen genannten Einrichtungen flächendeckend eingeführt werden: Optimal wäre es, wenn Gesundheitsförderung (Ernährung, Bewegung, Prävention von Unfällen, UV-Schutz, Schutz vor Lärm, Schadstoffen etc.) in den normalen Alltag der Tageseinrichtungen für Kleinkinder und in den Rahmenplänen der Schule integriert werden würde.
In der Realität gibt es in vielen Einrichtungen deutliche Mängel und damit Verbesserungsbedarf sowohl an qualifiziertem Personal als auch an den räumlichen Voraussetzungen für ein gesundes Aufwachsen mit entsprechender Bewegungsförderung, Sprachförderung, Förderung der Kognition oder schlicht

kindgerechter Ausstattung, teilweise sogar am Essensangebot. Von zentraler Bedeutung ist die Miteinbeziehung von Eltern insbesondere aus bildungsfernen und sozial schwachen Schichten.

Zu Nr. 8, § 20e (1):
Wir nehmen erstaunt zur Kenntnis, dass in der „Nationalen Präventionskonferenz“ weder Patienten- noch Ärztevertreter repräsentiert sind. Hier fragen wir uns, wer von den genannten Beteiligten, Kassenvertretern, Bund- und Ländervertretern bzw. derjenigen von Kommunen und Arbeitgebern sich die Belange von Kindern und Jugendlichen zu Eigen machen wird. Unserer Erfahrung nach denken viele Akteure häufig nicht an die Kinder und ihre Interessen bzw. an eine gesundheitsfördernde Umgebung für Kinder. Ärztlicher Schachverstand, gerade aus der präventiv und antizipatorisch denkenden und handelnden Kinder- und Jugendmedizin, wäre hier dringend geboten.

Zu Nr. 8, § 20e (2):
Das „Präventionsforum“ soll die „Nationale Präventionskonferenz“ beraten und „aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände“ bestehen. Wir sehen uns als eine solche für die Prävention ‚maßgebliche‘ Organisation an und appellieren dringend daran, nicht nur eine allgemeine Vertretung der Ärzte vorzusehen, sondern auch eine, die sich in besonderer Weise für die Belange von Kindern und Jugendlichen einsetzt und deren Gesundheitsförderung bzw. Prävention. - Kinder und Jugendliche machen 16 % unserer Bevölkerung aus und sollten in einem solchen „Präventionsforum“ vertreten sein.

Zu Nr. 15, § 26 (1):
Wir begrüßen die Änderungsvorschläge zu § 26 SGB V sehr, nicht nur die Anhebung der Altersgrenze für die „U“s, sondern vor allem die Änderungen, die auf eine qualitative Verbesserung der bestehenden Früherkennungsuntersuchungen hoffen lassen, v.a. die Erweiterung der Früherkennung um die psychosoziale Entwicklung sowie die präventionsorientierte Beratung mit Überprüfung des Impfstatus.
Drei seit 2007 in Sonderverträgen mit der Mehrzahl der gesetzlichen Krankenkassen eingeführte mit primärpräventiven Inhalten ausgestattete Vorsorgeuntersuchungen im Grundschulalter und bei Jugendlichen (U10, U11 und J2) haben diese Entwicklung schon vorweg genommen und werden von den Familien hervorragend akzeptiert. Die Erfahrung der vergangenen Jahre mit diesen neuen gegenüber den alten 'Früherkennungsuntersuchungen' deutlich aufwändigeren Vorsorgen weist nachdrücklich auf den hohen Beratungs- und Behandlungsbedarf hin.

Auch dass „Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind“ Teil dieser Beratung sein sollen, findet unsere ausgesprochene Anerkennung, setzt aber voraus, dass es qualitativ hochwertige Angebote in einer akzeptablen Reichweite für die Kinder und Jugendlichen in den Kommunen auch gibt.
Wir wissen allerdings aus Erfahrung auch, dass ein Teil der Familien, die diese Beratung und die „Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention“ besonders dringend bräuchten, diese nicht selbst wird organisieren können. Hier sehen wir v.a. die nicht-medizinischen Hilfeangebote der Kinder- und Jugendhilfe bzw. der Frühen Hilfen, die diese Familien aus eigener Kraft nicht aufsuchen können. Das notwendige Schließen der Lücke zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe leistet dieser Gesetzentwurf leider nicht.

Fraglich aus unserer Sicht ist auch, was mit der ärztlichen Bescheinigung für „eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur Individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann“, geschieht. Unter dieser Leistung ist Vieles denkbar. Für Kinder aus prekären Verhältnissen, deren Eltern eine gezielte und aufsuchende zielgruppengerechte Ansprache benötigen, lässt die Formulierung in § 20 Absatz 5 befürchten, dass die Kassenseite hier standardisierte Angebote vorhält, die nicht nachhaltig sind. Manche Familien benötigen nicht EINE „Leistung zur individuellen Verhaltensprävention“, z.B. eine einmalige Ernährungsberatung, sondern eine intensivere Begleitung.

Allerdings hoffen wir, dass die in den letzten Jahren etablierten Angebote der Frühen Hilfe diejenigen Familien herausfiltern, die die Unterstützung der Kinder- und Jugendhilfe am meisten bedürfen.
Wir haben das Präventionsgesetz als hervorragende Gelegenheit gesehen, die ‚Versäulung‘ zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen aufzubrechen: Es ist aus unserer Sicht eine verpasste Chance, die Einbindung der Kinder- und Jugendärzte in die entsprechenden Nerzwerke der Frühen Hilfen in diesem Gesetz nicht zu regeln.

Kinder- und Jugendärzte erreichen im 1. Lebensjahr über 95 % aller Kinder, gerade auch Kinder aus prekären Verhältnissen. Sie genießen das Vertrauen der Familien und werden, im Gegensatz zur Kinder- und Jugendhilfe, von den Eltern nicht als Gefahr sondern als Ratgeber und Helfer gesehen. Dieses Potential muss genutzt werden.

Die Netzwerke der Frühen Hilfen, aber auch die Netzwerke zur Verhinderung von Kindesmisshandlung und –missbrauch nach dem Bundeskinderschutzgesetz sind ohne eine enge Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendmedizin in Praxis, ÖGD und Klinik, kaum vorstellbar. Es fehlen dafür jedoch Finanzierungsstrukturen.

Zu Artikel 5: Änderungen des SGB VIII

Wir begrüßen, dass in § 16 Absatz 2 Nummer 1 die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Familien Eingang findet.
Wir hätten uns insgesamt eine wesentlich stärkere Berücksichtigung des sog. Lebenswelten-Ansatzes mit weit mehr Gesundheitsförderung in KiTas und Schulen gewünscht.
Ein teilweises Aufbrechen der rigiden Versäulung der Sozialsysteme (hier SGB V und SGB VIII) ist für eine erfolgreiche Präventionsarbeit bei Kindern und Jugendlichen notwendig.

Für Rücksprachen etc. stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. E. Mayatepek
(Präsident)

Dr. Karl-Josef Eßer
(Generalsekretär)

DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.

Der Präsident
Prof. Dr. Ertan Mayatepek

Geschäftsstelle
Chausseestr. 128/129
10115 Berlin
Tel. +49 30 3087779-0
Fax:+49 30 3087779-99
info@dgkj.de | www.dgkj.de

Hausadresse:
Klinik für Allgemeine Pädiatrie,
Neonatologie und Kinderkardiologie
Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
Tel. +49 211 81-17640
Fax: +49 211 81-18757
mayatepek@dgkj.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(1)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
13.04.2015

Düsseldorf, 16.03.2015

Stellungnahme zum Entwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland begrüßen wir es, dass die Bundesregierung im 1. Jahr der 18. Legislaturperiode einen Entwurf für ein Präventionsgesetz auf den Weg gebracht hat.
Die Basis für eine gesundheitsbewusste Lebensweise im (Erwachsenen-) Alter wird in der frühen Kindheit gelegt. Daher hat die Umsetzung primärpräventiver und früher sekundärpräventiver Elemente im Kindesalter die größten Effekte. Wir haben wiederholt darauf hingewiesen, dass ein Ausbau der bestehenden Früherkennungs-untersuchungen nach § 26 SGB V zu echten Präventionsinstrumenten hierfür notwendig ist. – Im Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention wird dieser Weg beschritten. Dies findet unsere explizite Anerkennung.

Bei unseren nachfolgenden Kommentaren zu den einzelnen Punkten beschränken wir uns auf die Thematik, die für die Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen relevant sind.

Zu Artikel 1: Änderungen des SGB V

Zu Nr. 5, § 20a (3):
Wir begrüßen den Lebenswelten-Ansatz, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen in Kindertagesstätten, Kindergärten und Schulen erbracht werden sollen, sehr. Diese sollten aber regelhaft in allen genannten Einrichtungen flächendeckend eingeführt werden: Optimal wäre es, wenn Gesundheitsförderung (Ernährung, Bewegung, Prävention von Unfällen, UV-Schutz etc.) in den normalen Alltag der Tageseinrichtungen für Kleinkinder und in den Rahmenplänen der Schule integriert werden würde.

Zu Nr. 8, § 20e (1):
Wir nehmen erstaunt zur Kenntnis, dass in der „Nationalen Präventionskonferenz“ weder Patienten- noch Ärztevertreter repräsentiert sind. Hier fragen wir uns, wer von den genannten Beteiligten, Kassenvertretern, Bund- und Ländervertretern bzw. derjenigen von Kommunen und Arbeitgebern sich die Belange von Kindern und Jugendlichen zu eigen machen wird. Unserer Erfahrung nach denken viele Akteure häufig nicht an die Kinder und Ihre Interessen bzw. an eine gesundheitsfördernde Umgebung für Kinder.

Zu Nr. 8, § 20e (2):
Das „Präventionsforum“ soll die „Nationale Präventionskonferenz“ beraten und „aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände“ bestehen. Wir sehen uns als eine solche für die Prävention ‚maßgebliche‘ Organisation an und appellieren dringend daran, nicht nur eine allgemeine Vertretung der Ärzte vorzusehen, sondern auch eine, die sich in besonderer Weise für die Belange von Kindern und Jugendlichen einsetzt und deren Gesundheitsförderung bzw. Prävention. - Kinder und Jugendliche machen 16 % unserer Bevölkerung aus und sollten in einem solchen „Präventionsforum“ vertreten sein.

Zu Nr. 15, § 26 (1):
Wir begrüßen den Änderungsvorschlag zu § 26 SGB V sehr, nicht nur die Anhebung der Altersgrenze für die „U“s, sondern vor allem die Änderungen, die auf eine qualitative Verbesserung der bestehenden Früherkennungsuntersuchungen hoffen lassen, v.a. die Erweiterung der Früherkennung um die psycho-soziale Entwicklung sowie die präventionsorientierte Beratung mit Überprüfung des Impfstatus. Auch dass „Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind“ Teil dieser Beratung sein sollen, findet unsere ausgesprochene Anerkennung.
Wir wissen allerdings aus Erfahrung auch, dass ein Teil der Familien, die diese Beratung und die „Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention“ besonders dringend bräuchten, diese nicht selbst wird organisieren können. Hier sehen wir v.a. die nicht-medizinischen Hilfeangebote der Kinder- und Jugendhilfe bzw. der Frühen Hilfen, die diese Familien aus eigener Kraft nicht aufsuchen können. Das notwendige Schließen der Lücke zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe leistet dieser Gesetzentwurf leider nicht.

Fraglich aus unserer Sicht ist auch, was mit der ärztlichen Bescheinigung für „eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur Individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann“, geschieht. Unter dieser Leistung ist Vieles denkbar. Für Kinder aus prekären Verhältnissen, deren Eltern eine gezielte und aufsuchende zielgruppengerechte Ansprache benötigen, lässt die Formulierung in § 20 Absatz 5 befürchten, dass die Kassenseite hier standardisierte Angebote vorhält, die nicht nachhaltig sind. Manche Familien benötigen nicht EINE „Leistung zur individuellen Verhaltensprävention“, z.B. eine einmalige Ernährungsberatung, sondern eine intensivere Begleitung.

Allerdings hoffen wir, dass die in den letzten Jahren etablierten Angebote der Frühen Hilfe diejenigen Familien herausfiltern, die die Unterstützung der Kinder- und Jugendhilfe am meisten bedürfen.
Wir hätten uns gewünscht, dass die Einbindung der Kinder- und Jugendärzte in den entsprechenden Netzwerken durch das Präventionsgesetz verbindlich hätte geregelt werden können.

Zu Artikel 5: Änderungen des SGB VIII

Wir begrüßen, dass in § 16 Absatz 2 Nummer 1 die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Familien Eingang findet.

Wir hätten uns insgesamt eine wesentlich stärkere Berücksichtigung des sog. Lebenswelten-Ansatzes mit weit mehr Gesundheitsförderung in KiTas und Schulen gewünscht.

Für Rücksprachen etc. stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. E. Mayatepek
(Präsident)

Dr. Karl-Josef Eßer
(Generalsekretär)

Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(19)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
20.04.2015

20.04.2015

Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)“, Drucksache 18/4282 vom 11.03.2015

Die Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH) ist die wissenschaftliche Dachgesellschaft von Public Health – der Wissenschaft und Praxis zur Vermeidung von Krankheiten, zur Verlängerung des Lebens und zur Förderung von physischer und psychischer Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und einer effizienten Nutzung der vorhandenen Ressourcen. Die DGPH vertritt bundesweit 47 Mitgliedsorganisationen aus Fachgesellschaften, Hochschulen und anderen Institutionen, die sich mit Public Health befassen. Damit ist sie die Fachgesellschaft in Deutschland, in der die wissenschaftliche Expertise für Gesundheitsförderung und Prävention gebündelt ist.

Die DGPH hält eine Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland für zwingend notwendig und begrüßt daher, dass ein Entwurf für ein Präventionsgesetz vorliegt. Ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention muss dazu beitragen, die Lücke zwischen den auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden internationalen Empfehlungen und deren Umsetzung in Deutschland zu schließen. Die DGPH erkennt an, dass der vorliegende Entwurf wichtige Aspekte einer Gesundheitsförderung und Prävention gemäß den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgreift. Dies gilt insbesondere für

- den Ausbau von Gesundheitsförderung und Primärprävention, um das Grundrecht jedes Menschen auf eine bestmögliche Gesundheit besser gewährleisten zu können;
- die Stärkung des Settings-Ansatzes („Gesundheitsförderung in Lebenswelten“) als einer Strategie, Bevölkerungsgruppen darin zu unterstützen, die Determinanten ihrer Gesundheit zu beeinflussen und dadurch ihre Gesundheit zu stärken;
- die Verpflichtung, einen Beitrag zum Abbau sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener ungleicher Gesundheitschancen zu leisten, um das Grundrecht auf bestmögliche Gesundheit unabhängig von Herkunft, Religion, politischer Überzeugung, sowie wirtschaftlicher oder sozialer Stellung zu verwirklichen (Helsinki-Statement 2013);
- die Orientierung an epidemiologisch fundierten, konsensuellen Gesundheitszielen und an nachweislich wirksamen Maßnahmen;
- die Kooperation relevanter Akteure, insbesondere der Sozialversicherungsträger und der öffentlichen Hand.

Um diesen Anliegen zu entsprechen besteht allerdings noch Verbesserungsbedarf.

1) Gesundheit muss als Aufgabe in allen Politikbereichen verankert werden

Als Ergebnis der jüngsten Weltgesundheitskonferenz wird im Helsinki-Statement vom Juni 2013 erneut unterstrichen, dass Lebensbedingungen so verändert werden müssen, dass sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen entgegengewirkt werden kann. Die Regierungen der Mitgliedsländer werden deshalb dazu aufgefordert, Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit Priorität im politischen Handeln einzuräumen.

Dieser „Health-in-all-Policies“ Ansatz findet sich in dem von der Bundesregierung vorgelegtem und unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit entwickeltem Entwurf nicht ausreichend wieder. Er-

forderlich ist aus Sicht der DGPH ein ressortübergreifendes Vorgehen, in dem alle Bereiche des SGB an den Prinzipien der Gesundheitsförderung ausgerichtet und die privaten Versicherer verbindlich einbezogen werden. Der Bund sollte zudem eigene finanzielle Beiträge leisten und die Zusammenarbeit seiner nachgeordneten Behörden mit den Sozialversicherungsträgern und den Ländern regeln. Eine Umverteilung von Versichertengeldern an eine nachgeordnete Behörde, welche die damit verbundenen Aufgaben nicht sinnvoll selbst übernehmen kann, ist demgegenüber ohne erkennbaren Gewinn für die Gesundheitsförderung.

Darüber hinaus sollte im Sinne einer Health-in-all-Policy jedes politische Handeln daraufhin überprüft werden, welche Auswirkungen hierdurch für die Gesundheit der Bevölkerung zu erwarten sind und wie dieses Handeln in einer globalisierten Welt auf die der Bevölkerung anderer Länder wirkt. Eine Beeinträchtigung der Gesundheit der Bevölkerung durch Sozial-, Wirtschafts-, Bildungs-, Umwelt- oder Verkehrspolitik muss vermieden werden.

2) Der Begriff der Gesundheitsförderung muss klarer definiert und eindeutig verwendet werden

§ 20 des Gesetzentwurfs definiert Gesundheitsförderung als selbstbestimmtes gesundheitliches Handeln der Versicherten. Diese Definition berücksichtigt ausschließlich Versicherte. Nicht-Versicherte, die der Gesundheitsförderung in besonderem Maße bedürfen, sind hier nicht eingeschlossen. Gesundheitsförderung schließt zudem eine Mitwirkung der Adressaten an der Gestaltung ihrer gesundheitsbezogenen Lebens- und Arbeitsbedingungen zwingend ein. Dies wird in der Formulierung des Entwurfs nicht deutlich. Seit der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert von 1997 wird Gesundheitsförderung als ein Prozess verstanden, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit zu verbessern (vgl. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, BZgA 2011).

Betroffene sollen entsprechend an gesundheitsfördernden Organisationsentwicklungsprozessen in Settings wie Kita, Schule, Kommune oder Betrieb aktiv beteiligt werden. § 20a (1) des Entwurfes beschreibt solche Organisationsentwicklungsprozesse. Die Formulierung „Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenkassen Versicherte“ im § 20 (4) vermittelt allerdings den Eindruck, dass in Lebenswelten zwischen Versicherten und Nicht-Versicherten unterschieden werden soll und Lebenswelten lediglich als Zugang zu Versicherten genutzt werden, um diesen individuelle verhaltenspräventive Maßnahmen anzubieten. Es muss klar gestellt werden, dass mit der Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation nach § 20a (2) nicht lediglich verhaltensbezogene Interventionen, sondern primär strukturelle Veränderungen der gesundheitsrelevanten Lebens-, Entwicklungs-, Lern- und Arbeitsbedingungen forciert werden sollen. Entsprechende Veränderungen können zwar nur von den Entscheidungsträgern der Settings realisiert werden, Träger der Gesundheitsförderung können solche Prozesse aber begleiten.

Ähnlich besteht im § 20b (1) eine begriffliche Vermischung von Gesundheitsförderung im Betrieb (Individualprävention, die den Betrieb als Zugangsweg nutzt), und Betrieblicher Gesundheitsförderung, die eine gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung und den Abbau gesundheitsschädlicher Arbeitsbedingungen intendiert. Diese begriffliche Unklarheit existiert bereits im gültigen § 20a. Das neue Präventionsgesetz sollte diese Unklarheit beseitigen. Maßnahmen der Individualprävention werden bereits nach § 20 ausreichend gefördert.

Das Anliegen einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung sollte durch die explizite Nennung weiterer betrieblicher Akteure neben den in § 20b Abs. 1 aufgeführten Betriebsärzt/innen verstärkt werden. Insbesondere Personalvertretungen, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Expert/innen für psychosoziale Belastungen im Betrieb, wie Betriebssozialarbeiter/innen, Betriebspsycholog/innen haben spezifische Einblicke in die Belastungs- und Beanspruchungsstrukturen von Beschäftigten und können wertvolle Beiträge zur Betrieblichen Gesundheitsförderung leisten.

3) Die Ziele für Gesundheitsförderung und Prävention sollten auf wissenschaftlicher Basis und unter Beteiligung der Betroffenen formuliert und periodisch überprüft werden

Der Gesetzentwurf benennt im § 20 (3) sieben konkrete, nationale Gesundheitsziele und schreibt diese bis zu einer Änderung des Gesetzes verbindlich fest. Zunächst sind Gesundheitsziele nicht zwingend Ziele zur Gesundheitsförderung und Prävention. Die einzelnen Gesundheitsziele unterscheiden sich stark darin, inwieweit sie Ziele für Prävention und Gesundheitsförderung benennen. Das im Entwurf explizit genannte Ziel „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“ beispielsweise enthält keine Präventionsziele, sondern lediglich Teilziele zur Früherkennung, weil keine Präventionsmaßnahmen wissenschaftlich begründbar waren.

Weiterhin ging dem Konsensprozesses, der zur Entwicklung der Ziele geführt hat, keine systematische Betrachtung des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens der Bevölkerung voraus. Die Priorisierung der Ziele kann daher nur vorläufigen Charakter haben. Ihre verbindliche Festlegung widerspricht auch der Arbeitsweise des Gesundheitszieleprozesses. Zudem werden bundesweite durch landesweite Gesundheitsziele ergänzt, in denen gut begründet andere Schwerpunkte gelegt werden können. In den einzelnen Settings können ebenfalls jeweils unterschiedliche Ziele prioritär sein.

Letztlich gehört zur guten Praxis eines gesundheitsfördernden Organisationsentwicklungsprozesses, dass Interventionsziele durch die jeweilige Bevölkerungsgruppe priorisiert werden. Dies wurde im nationalen Gesundheitszieleprozess nicht hinreichend umgesetzt. Gesundheitsziele.de verweist darauf, dass die Priorisierung des Problems aus Sicht der Bevölkerung zwar für sie ein relevantes Kriterium sei, die Studienlage dies für einen nationalen Prozess aber nicht zulasse, weil keine Erkenntnisse vorlägen, welche Ziele die Bevölkerung priorisiere (GVG 2003).

4) Die gesetzlichen Veränderungen müssen daraufhin überprüft werden, ob sie zur Verringerung sozial ungleich verteilter Gesundheitschancen beizutragen

§ 20 (5) sieht vor, dass die Krankenkasse bei individueller Verhaltensprävention ärztliche Präventionsempfehlungen berücksichtigt, die entsprechend § 25 (1) aus einer Gesundheitsuntersuchung resultieren soll. Das bedeutet letztlich, dass individuelle Verhaltensprävention sekundärpräventiv nur Personen mit diagnostizierten, speziellen gesundheitlichen Risiken angeboten werden darf. Aufgrund der Erkenntnisse über die sozial ungleich verteilte Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen ist es aber offensichtlich, dass eine solche Maßnahme das Ziel eines Beitrages zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit verfehlt.

Auch die Bonusregelungen nach § 65a (1) und (2) verstärken sozial bedingte, gesundheitliche Ungleichheit, weil sie diejenigen begünstigen, die ohnehin eher Zugang zu verhaltenspräventiven Maßnahmen haben. Bonusregelungen für Betriebe und Versicherte nach § 65a (2) favorisieren zudem individualpräventive Maßnahmen. Dies geht zu Lasten der eigentlich sinnvolleren, nachhaltigeren Organisationsentwicklung. Bonusregelungen sollten daher auf den Arbeitgeber begrenzt sein und sich nur auf solche Interventionen beziehen, die an den Abläufen und Strukturen im Betrieb ansetzen.

So positiv der Ausbau der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu werten ist, schließt diese doch zugleich erwerbslose und prekär beschäftigte Bevölkerungsgruppen aus. Gerade für diese Bevölkerungsgruppen ist aber nachgewiesen, dass sie einen subjektiv schlechteren Gesundheitszustand und eine objektiv höhere Krankheitslast aufweisen. Bereits bisher wurden Arbeitslose durch Maßnahmen der Krankenkassen unterdurchschnittlich erreicht. Der Ausbau von lebensweltbezogenen und verhältnisorientierten Konzepten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen und prekär Beschäftigten muss im Gesetz deswegen priorisiert werden. Ähnliches gilt z.B. für Wohnungslose oder für Flüchtlinge.

5) Eine stärkere Orientierung an wissenschaftlicher Evidenz ist notwendig

Das Executive Board der WHO fordert bereits seit 1998, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auf „sound evidence where feasible“ basieren sollten (WHO 1998). Auch für Prävention und Gesundheitsförderung gilt, dass gut gemeintes Handeln nicht immer zu guten Ergebnissen führt. Zwar ist unbestritten, dass die strengen, im Kontext klinischer Forschung entwickelten Evidenzmaßstäbe an Voraussetzungen des Vergleichs von Interventionen gebunden sind, die in der Gesundheitsförderung und Prävention so nicht einzulösen sind. Interventionen der Gesundheitsförderung bestehen in aller Regel aus komplexen, variablen, implementationsabhängigen und kontextsensiblen Maßnahmenbündeln. Daraus kann allerdings nicht der Schluss gezogen werden, dass die Orientierung an Evidenz hier nicht notwendig sei. Vielmehr ist eine differenzierte Herangehensweise nötig, die expliziten Bezug auf empirisch überprüfte Theorien und Modelle nimmt und die Stärken und Schwächen unterschiedlicher Studiendesigns gegeneinander abwägt (http://epoc.cochrane.org/; Craig et al. 2008).

Präventionsziele, unterstellte Wirkmechanismen und die zugrunde liegende Evidenz müssen explizit gemacht werden, wenn entsprechende Maßnahmen beantragt werden. Für viele Maßnahmen liegen allerdings nur wenige oder keine verlässlichen Untersuchungen vor. Vielversprechende Ansätze sollten nicht deswegen ausgeschlossen werden, sondern als Studien konzipiert werden, um die fehlenden Daten zu gewinnen. Ein modernes Präventionsgesetz sollte die Finanzierung innovativer Studien unbedingt vorsehen.

Im Gesetzentwurf sind bislang nur allgemeine Hinweise darauf zu finden, dass die Maßnahmen wirksam sein sollten, ohne dass konkretisiert wird, was damit gemeint ist und wie Wirksamkeit sichergestellt werden kann. § 20g sieht vor, dass Modellprojekte durchgeführt werden können, mit denen die „die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung“ verbessert werden sollen. Die Effizienz dürfte in der Regel aufgrund der zeitlichen Differenz zwischen Intervention und Outcome in Modellvorhaben kaum überprüfbar sein. Ein explizierter Hinweis auf die Bedeutung von Evidenz fehlt. Eine Möglichkeit ist, dass das vorgesehene Nationale Präventionsforum in seiner Geschäftsordnung beschließt, sich an Evidenzkriterien zu orientieren. Die im Gesetzentwurf in Artikel 2 (1) vorgesehene Zertifizierung für den individuellen Ansatz ersetzt dies nicht. Sie umfasst vielmehr die Überprüfung formaler Kriterien für Voraussetzungen, die in keinem zwingenden Zusammenhang zur Wirksamkeit der Intervention stehen.

Zusammenfassende Einschätzung:

Der Gesetzentwurf sieht sinnvolle Regelungen vor, bleibt aber in wichtigen Punkten hinter internationalen Empfehlungen und Standards zurück, die aus wissenschaftlicher Sicht geboten wären.

Die Deutsche Gesellschaft für Public Health empfiehlt nachdrücklich,

- den Health-in-All-Policies Ansatz umzusetzen,
- sich auf eine Veränderung der Lebensbedingungen in Settings zu konzentrieren,
- dadurch und durch die Auswahl der Settings zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit beizutragen,
- die Beteiligung der Bevölkerung bzw. der jeweils relevanten Bevölkerungsgruppen bei der Entwicklung von Zielen, Strategien, Maßnahmen und ihrer Evaluation zum Grundprinzip zu machen sowie
- einen bestmöglichen Wirksamkeitsnachweis (Evidenz) anzustreben und die Voraussetzungen durch entsprechende Forschungsförderung zu schaffen.

Vorstand der DGPH

Prof. Dr. Ansgar Gerhardus (Vorsitzender), Prof. Dr. Beate Blättner (Stellv. Vorsitzende), Prof. Dr. Gudrun Faller (Geschäftsführendes Vorstandsmitglied), Prof. Dr. Gabriele Bolte, Prof. Dr. Marie Luise Dierks, Christoph Dockweiler, Dr. Dr. Burkhard Gusy

Kontakt

Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH)
Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus, MA, MPH (Vorsitzender)
Abteilung 1: Versorgungsforschung
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Fachbereich 11
Universität Bremen
Grazer Str. 4
28359 Bremen
E-Mail: ansgar.gerhardus@uni-bremen.de

caritas

Deutscher
Caritasverband e.V.

Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartnerinnen
Dr. Elisabeth Fix
Telefon-Durchwahl 030 284 447-46
Telefax 030 284 44788-55

Renate Walter- Hamann
Telefon-Durchwahl 0761 200 369
Telefax 0761 200 350

www.caritas.de

Datum 14.04.2015

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(5)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
15.04.2015

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (BT-Drs.18/4282) sowie zum Antrag der Bundestagsfraktion Die Linke (BT-Drs.18/4322) und zum Antrag der Bundestagsfraktion Bündnis 80/Die Grünen (BT-Drs. 18/4327)

A. Einleitung und Zusammenfassung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt und unterstützt das Vorhaben des Gesetzgebers, einen verbesserten gesetzlichen Rahmen zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention zu schaffen. Angesichts der großen Herausforderung aufgrund des demographischen Wandels und der Zunahme chronischer Erkrankungen in allen Altersgruppen kommen einer zielgerichteten, wirksamen und nachhaltigen Gesundheitsförderung und Prävention immer größere Bedeutung zu. Gesundheitliche Belastungen, Krankheitsrisiken und gesundheitliche Ressourcen sind jedoch sozial höchst ungleich verteilt. Daher müssen Gesundheitsförderung und Prävention einen Beitrag dazu leisten, soziale und gesundheitliche Benachteiligung zu überwinden oder zumindest abzubauen. Dazu müssen Gesundheitsförderung und Prävention so ausgerichtet sein, dass sie Menschen in ihren Lebenswelten wie z.B. Kitas, Schulen, Stadtteilprojekten, Betrieben oder Senioreneinrichtungen darin unterstützen, ihre Umgebung nach den eigenen Bedürfnissen gemeinsam gesundheitsförderlich zu gestalten. Die Verbindung von Verhaltens- und Verhältnisprävention und die Partizipation der Menschen sind Voraussetzung dafür, dass Prävention und Gesundheitsförderung zu einer nachhaltigen Stärkung und Verbesserung der gesundheitlichen Lebenslage beitragen. Dies kann allerdings letztlich nur erreicht werden, wenn Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen werden und Bund, Länder, Kommunen und Sozialversicherungsträger gemeinsam eine Gesamtstrategie entwickeln, finanziell tragen und umsetzen.

Herausgegeben von
Deutscher Caritasverband e.V.
Vorstand Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär

Den vorliegenden Gesetzentwurf bewerten wir vor diesem Hintergrund als einen Schritt in die richtige Richtung, da er einige neue strukturelle Elemente vorsieht: Positiv bewertet werden insbesondere die verstärkten Ansätze zur Einbindung und Koordinierung der Sozialversicherungsträger, die höhere Verbindlichkeit von konsentierten Gesundheitszielen durch die Entwicklung einer Präventionsstrategie sowie die Schaffung von Arbeitsstrukturen und –instrumenten in Form von bundeseinheitlichen Empfehlungen auf der Bundesebene und Rahmenverträgen auf der Landesebene. Auch die Stärkung von Settingansätzen und des Zielgruppenbezugs in der Ausrichtung von Gesundheitsförderung und Prävention bieten die Chancen, insbesondere denjenigen Menschen bessere Zugangsmöglichkeiten zu eröffnen, die von den bisherigen, vorwiegend verhaltenspräventiv ausgerichteten Präventionsansätzen kaum oder nur unzureichend erreicht werden konnten.

Kritisch bewerten wir, dass auch der aktuelle Gesetzentwurf nach wie vor auf die Leistungen des SGB V fokussiert ist, auch wenn andere Sozialversicherungsträger, wie insbesondere die Gesetzliche Rentenversicherung und die Pflegeversicherung in die Finanzverantwortung mit einbezogen werden. Für eine umfassende Präventionspolitik wäre jedoch eine konsequente Umsteuerung in der Weise erforderlich, dass neben allen Sozialversicherungsträgern auch die öffentliche Hand in Bund, Ländern und Kommunen konzeptionell und finanziell beteiligt wird. Insbesondere den Kommunen, die bereits heute in vielfacher Weise in der Gesundheitsförderung und Prävention engagiert sind, müssten in der Umsetzung eine stärkere Rolle in der Koordinierung zukommen.

<u>Im Folgenden wird der Gesetzentwurf in den wichtigsten Punkten zusammenfassend bewertet</u>

1. Ziel einer präventiven und gesundheitsförderlichen Politik muss die Stärkung der Eigenkompetenzen, der Selbstachtsamkeit und der Befähigung zum Erhalt von Gesundheit und zur Verhinderung der Entstehung von Risikofaktoren für Krankheiten sein. In seinen Legaldefinitionen von Gesundheitsförderung und primärer Prävention verengt der Gesetzentwurf jedoch stark auf das gesundheitsbezogene Handeln des Einzelnen. Dieses individuelle Verhalten kann jedoch nur im Kontext gesundheitsförderlicher Lebenswelten wirksam werden. Die beiden Legaldefinitionen sind daher im Sinne und Geiste der Ottawa-Charta entsprechend zu erweitern.

2. Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die Nationale Präventionsstrategie auf den Gesundheitszielen des Verbundes „gesundheitsziele.de“ aufbauen soll. Es muss den Akteuren der Nationalen Präventionsstrategie jedoch möglich sein, auch weitere Ziele zu berücksichtigen. Besonders wichtig ist dem Deutschen Caritasverband eine Ergänzung der Gesundheitsziele um die Reduzierung des Alkoholkonsums und der Übergewichtsreduktion.

3. Der Deutsche Caritasverband bewertet die Erhöhung des Mindestbetrags pro Versicherten für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung von gegenwärtig 2,74 Euro auf 7 Euro als wichtigen Schritt. Davon sollten jedoch mindestens 4 statt der vorgesehenen 2 Euro für die nicht-betrieblichen Lebenswelten aufgewendet werden. Der auf Institutionen, wie

z.B. Schulen, konzentrierte Setting-Ansatz bedarf zudem der Erweiterung. So sollen auch Maßnahmen in nicht-formalisierten Lebenswelten wie Stadtteilen, peer-groups oder auch der Familie und Haushalten gefördert werden können. Nach wie vor sind psychische Erkrankungen sowie Erkrankungen von Arbeitslosen zu wenig im Blick. Nicht verausgabte Fördermittel des Vorjahres sind nicht nur bei der betrieblichen Gesundheitsförderung, sondern auch bei der Förderung der nicht-betrieblichen Settings systematisch im Folgejahr zur Verfügung zu stellen.

4. Kritisch bewerten wir die Rolle, die der Gesetzgeber der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zumisst. Als Bundesbehörde ist sie nach Auffassung des Deutschen Caritasverbandes nicht in der Lage, kassenübergreifende Leistungen der Prävention selbst durchzuführen. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes soll die BZgA die Krankenkassen bei der Konzepterarbeitung, Qualitätssicherung, Dokumentation und Evaluation der Präventionsmaßnahmen und – programme unterstützen. Sie soll dafür auch Mittel erhalten, jedoch nicht im Umfang des jetzt im Gesetzentwurf vorgesehenen Mindestbetrags von 0,50 Euro pro Versicherten, sondern in einem Höchstumfang von 0,40 Euro, wie vom Bundesrat vorgeschlagen.

5. In die Nationale Präventionsstrategie sind die Bundesagentur für Arbeit sowie die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende und die Träger der öffentlichen Gesundheit verbindlich einzubinden. Da Prävention eine Querschnittsaufgabe ist, ist sicherzustellen, dass alle relevanten Bundesministerien bei der Vereinbarung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen eingebunden sind. Sie sind von den Sozialversicherungsträgern der Nationalen Präventionsstrategie nicht nur ins Benehmen, sondern ins Einvernehmen zu setzen, denn sie müssen die Ergebnisse des Präventionsberichts hinsichtlich seiner Konsequenzen bewerten und umsetzen. Es ist sicherzustellen, dass der alle vier Jahre zu veröffentlichende Präventionsbericht im Zeitablauf der Legislaturperiode so rechtzeitig erstellt wird, dass der Bundestag ggf. gesetzgeberisch darauf reagieren kann. An der Nationalen Präventionskonferenz sollen Bund und Länder nicht nur mit beratender Stimme beteiligt werden. Bund und Länder sollen Mitglieder sein, denn in die Prävention und Gesundheitsförderung sollen aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes nicht nur Beitragsmittel, sondern auch Steuergelder einfließen.

6. Eine entscheidende Bedeutung für die Umsetzung einer Präventionspolitik kommt den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V vor. Auch hier fordern wir, dass ergänzend zu den Trägern der Sozialversicherungen auf Landesebene die entsprechenden Landesministerien eingebunden werden. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes müssen die Koordinierungsstellen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit auf Landesebene verbindlich in die Kooperation eingebunden werden, denn sie verfügen über langjährige Erfahrung in der Unterstützung und Abstimmung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung auf Landesebene und haben zum Ziel, die Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Gruppen in die Fläche zu tragen und weiterzuentwickeln.

7. Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass der Gesetzentwurf auch die Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene nach § 25 SGB V novelliert. Die vorgeschlagene Einführung einer Präventionsempfehlung in beiden Bereichen erachten wir als sinnvoll. Sie muss jedoch für die Genehmigung von Leistungen durch die Krankenkassen verbindlich sein. Individuelle Präventionskurse müssen auch weiterhin ohne Präventionsempfehlung niedrigschwellig zugänglich sein. Angesichts der erheblichen und evident werdenden Impflücken in der Erwachsenenbevölkerung begrüßen wir nachdrücklich, dass die Gesundheitsuntersuchungen auch den Impfstatus umfassen.

8. Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich, dass die U-Untersuchungen nach § 26 SGB V jetzt durchgängig bis zum 18. Lebensjahr ausgeweitet werden und von allen Krankenkassen finanziert werden müssen. Positiv bewertet wird, dass ausdrücklich auch die Frühen Hilfen und die regionalen Eltern-Kind-Unterstützungsangebote in die Beratung der U-Untersuchungen einbezogen sind. Nachgebessert werden muss jedoch, dass sich die Beratung auch auf die frühestmögliche Erfassung und Erkennung von psychosozialen Belastungen in der Familie erstrecken muss, welche möglicherweise erst später zu physischen oder psychischen Erkrankungen des Kindes führen könnten. Wir unterstützen zudem den Vorschlag des Bundesrats, die Verordnung von Hebammenhilfe über den Zeitraum von zwölf Wochen auf sechs Monate zu verlängern. Es sollte im Einzelfall jedoch auch möglich sein, mehr als 36 Besuche vorzusehen, falls medizinisch indiziert. Positiv zu bewerten ist aus Sicht der Caritas auch, dass die Aufnahme in eine Kindertagesstätte mit dem Nachweis über die Beratung zum Impfschutz verknüpft wird. Dies lässt sich am einfachsten durch einen Nachweis der entsprechenden U-Untersuchung herbeiführen. In Landesregelungen sollte der Bundesgesetzgeber nicht eingreifen.

9. Wir begrüßen die Neuregelungen im SGB VIII, die klarstellen, dass die Familienbildung Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenzen umfassen soll und dass die Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe so konzipiert sein sollen, dass sie grundsätzlich eine gesundheitsförderliche Angebots- und Arbeitsstruktur bieten. Angesichts der hohen Bedeutung eines gesunden Aufwachsens für Kinder und Jugendliche bekräftigen wir unseren Vorschlag, die Förderung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes als grundsätzliche Zielsetzung des Achten Buches Sozialgesetzbuch zu normieren und sie in den Allgemeinen Vorschriften des SGB VIII zu verankern und diese zu präzisieren.

10. Der Deutsche Caritasverband unterstützt, dass die Pflegeversicherung Präventionsträger werden soll. Wir erachten es jedoch als Fehlsteuerung, dass sich die Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung vordringlich auf den stationären Bereich konzentrieren sollen. Prävention beginnt noch vor der eigentlichen Pflegebedürftigkeit und muss daher maßgeblich im häuslichen Bereich ansetzen. Seit Jahren fordern wir die Einführung eines präventiven Hausbesuchs, der allen Seniorinnen und Senioren ab dem Alter von 75 Jahren angeboten werden soll. Wir begrüßen nachdrücklich, dass die Rehabilitationsempfehlung um eine Präventionsempfehlung erweitert werden soll. Diese darf sich jedoch nicht auf individuelle Präventionskurse beschränken, sondern muss gezielt das gesamte Setting des hilfe- oder pflegebedürftigen Menschen in den Blick nehmen.

B. Besonderer Teil

§ 1 neu: Förderung der Eigenkompetenz und Eigenverantwortung

Gesetzentwurf

In der Einweisungsvorschrift des SGB V wird der Grundsatz der Eigenverantwortung gestärkt. Durch Einfügung eines neuen Satzes wird betont, dass die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten ausdrücklich zu den Aufgaben der Krankenversicherung als Solidargemeinschaft gehört. Der Bundesrat erweitert diese Aufgabenstellung und fordert, die Förderung der Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten um die Unterstützung gesundheitsförderlicher Bedingungen mit dem Ziel, das Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit zu erhöhen, zu ergänzen.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich den Ansatz, Eigenkompetenzen für gesundheitsbewusstes und gesundheitsförderliches Verhalten zu stärken. Voraussetzung für ein gesundes Leben sind Wissen und der Erwerb von Kompetenzen zum Erhalt, zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit sowie zur Vorbeugung und Vermeidung von Krankheiten. Es ist daher positiv zu bewerten, dass die Förderung des Erwerbs von Eigenkompetenzen ausdrücklich als Aufgabe der Krankenversicherung genannt wird. Wer über Eigenkompetenzen für gesundheitsförderliches Verhalten verfügt, ist auch befähigt, eigenverantwortlich mit seiner Gesundheit umzugehen. Eine weitere wesentliche Voraussetzung für den Erhalt der Gesundheit und die Prävention gegen Krankheiten ist jedoch die Schaffung gesundheitsförderlicher Umwelten. So ist es möglich, dass Menschen zwar über hohe Eigenkompetenzen in Bezug auf gesundheitsförderliches Verhalten verfügen, aber aus finanziellen Gründen z.B. in einem Wohnumfeld mit hohen Konzentrationen von Abgasen und gesundheitsschädigender Lärmbelastung leben müssen. Der Gedanke der Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit sollte daher nicht isoliert von dem Gesamtgeflecht der Wirkungszusammenhänge betont werden. Wir unterstützen daher nachdrücklich den Vorschlag des Bundesrats, die Förderung der Eigenverantwortung als Aufgabe der Krankenversicherung um die Aufgabe der Unterstützung gesundheitsförderlicher Bedingungen zu ergänzen. Der Grundsatz der Eigenverantwortlichkeit ist bereits heute in der Überschrift zu § 1 SGB V verankert. Im Gesetzestext selbst steht dann in § 1 Satz 2 (jetzt Satz 3 neu) SGB V, dass die Versicherten für ihre Gesundheit „mit verantwortlich“ sind. Diese aus unserer Sicht sehr ausgewogene Formulierung bringt zum Ausdruck, dass der Gesundheitszustand des Versicherten durch sein Wissen und seine Eigenkompetenzen eigenverantwortlich beeinflusst werden kann, aber dass es gleichzeitig auch wirkmächtige gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren geben kann, die vom Einzelnen nicht beeinflussbar und steuerbar sind. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die Begründung zu § 20, in der ausgeführt wird, dass die gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung primäres Ziel der präventiven Maßnahmen sei. Jeder Einzelne – so die weiterführenden Aussagen – trage die Verantwortung für die Chancen und Risiken seines Lebens und es gelte, diese Eigenverantwortung zu stärken. Diese verkürzte und verengte Auslegung von Eigenkompetenz widerspricht aus unserer Sicht dem Gesamtgeflecht der Wirkungszusammenhänge. Durch den Vorschlag des Bundesrats, die Stärkung von Eigenverantwortung und Eigenkompetenz durch die Unter-

stützung gesundheitsförderlicher Bedingungen mit dem Ziel der Stärkung der Selbstbestimmung über die Gesundheit zu ergänzen, kann diese Engführung geheilt werden.

Lösungsvorschlag

§ 1 Satz 2 wird entsprechend des Vorschlags des Bundesrates ergänzt:

„Das umfasst die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten **sowie die Unterstützung gesundheitsförderlicher Bedingungen, um das Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit der Versicherten zu erhöhen**“.

§ 2b neu: Geschlechtsspezifische Besonderheiten

Gesetzentwurf

Bei allen Leistungen der Krankenkassen ist künftig geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband bewertet es als positiv, dass Erkenntnisse zu den Unterschieden in der Männer- und Frauengesundheit erkannt und berücksichtigt werden. Die Forschung zeigt, dass es zwischen Frauen und Männern große Unterschiede z.B. in der Körperwahrnehmung und entsprechend im gesundheitsbewussten Verhalten gibt. So nehmen Frauen beispielsweise Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen häufiger wahr als Männer oder ernähren sich gesundheitsbewusster. Frauen und Männer weisen auch Unterschiede in den Erkrankungsarten und -häufigkeiten auf. So werden beispielsweise bei Frauen häufiger als bei Männern Essstörungen, Depressionen oder Angststörungen diagnostiziert. Wir begrüßen daher, dass den geschlechtsspezifischen Besonderheiten im Gesundheitswesen künftig durch Verankerung einer spezifischen Einweisungsvorschrift ins SGB V gezielt Rechnung getragen werden muss.

§ 20 neu: Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Gesetzentwurf

Der gesamte Bereich der primären Prävention in den §§ 20-20b SGB V wird neu strukturiert. In § 20 SGB V wird als neue zusätzliche Aufgabe der Krankenkassen ausdrücklich die Gesundheitsförderung normiert. § 20 Absatz 1 enthält eine Legaldefinition beider Begriffe. Ziel der primären Prävention ist die Verhinderung und Verringerung von Krankheitsrisiken. Ziel der Gesundheitsförderung ist die Förderung des selbstbestimmten gesundheitlichen Handelns der Versicherten. Beide Leistungen werden zu Pflichtleistungen der Krankenkassen und sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.

Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festzulegenden einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien für die primärpräventiven Leistungen werden um die Aspekte Qualität, wissenschaftliche Evaluation und Messung der Zielerreichung erweitert. Bei der Festlegung der Handlungsfelder und der Kriterien sollen gesundheitswissenschaftliche, ärztliche, arbeitsmedizinische und pflegerische Kompetenzen sowie der ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftliche Sachverstand einbezogen werden. Die Leistungsangebote der Krankenkassen sollen künftig zertifiziert werden. Das betrifft insbesondere die Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention (Präventionskurse) sowie die Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach dem neuen § 20b SGB V. Die Anforderungen an die Zertifizierung und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung werden durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegt. Er stellt zudem sicher, dass die Leistungen der Krankenkassen zur besseren Übersicht für die Versicherten im Internet veröffentlicht werden.

Bei der Festlegung der Handlungsfelder und der Entwicklung der Kriterien für die Leistungen sollen auch die bestehenden Gesundheitsziele des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ Berücksichtigung finden. In der spezifischen Ausgestaltung ihrer Leistungen bleibt den Krankenkassen weiterhin ein großer Ermessensspielraum. Der Bundesrat fordert darüber hinaus, dass nicht nur die bestehenden, sondern auch künftig durch „gesundheitsziele.de“ definierte Gesundheitsziele Bestandteil der primären Prävention und Gesundheitsförderung werden, damit eine Erweiterung der Gesundheitsziele nicht jedes Mal eine Gesetzesänderung im SGB V nach sich zieht. Darüber hinaus schlägt der Bundesrat vor, auch die Mangel- und Fehlernährung sowie die Übergewichts- und Adipositasprävention als Gesundheitsziele zu berücksichtigen.

In § 20 Absatz 3 wird ausgeführt, dass die Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung drei Arten umfassen können: 1. Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention, 2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a SGB V) und 3. Leistungen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20b SGB V).

Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention können nach § 20 Absatz 4 neu nur erbracht werden, wenn sie zertifiziert sind. Spricht der Arzt bzw. Betriebsarzt eine Präventionsempfehlung aus, ist diese nach § 20 Absatz 5 neu für die Genehmigung der Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention für die Krankenkassen zwingend zu berücksichtigen. Der Bundesrat schlägt in Erweiterung vor, auch die Präventionsempfehlung nach § 18 Absatz 6 Satz 3 SGB XI hier mit einzubeziehen. Der Bundesrat schlägt des Weiteren eine Klarstellung vor, dass Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention auch ohne ärztliche Empfehlung zu Lasten der Krankenkassen in Anspruch genommen werden können sollen. Wenn Versicherte individuelle Verhaltenspräventionskurse aus beruflichen oder familiären Gründen nicht in Anspruch nehmen können, haben sie Anspruch auf wohnortfern in Kurorten zu erbringende medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 Satz 2 SGB V.

§ 20 Absatz 6 SGB V beschreibt das Volumen und die Verteilung der Ausgaben der Krankenkassen für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung: Ab 2016 sollen für die Leistungen nach den §§ 20, 20a (Lebenswelten), 20b (Betriebliche Gesundheitsförderung) und 20c

(Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren) insgesamt 7 Euro verausgabt werden. Von diesen 7 Euro sollen für die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie für die Betriebliche Gesundheitsförderung jeweils 2 Euro pro Versichertem aufgewendet werden. Der Bundesrat fordert, dass eine Krankenkasse nicht verausgabte Mittel für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a im Folgejahr erneut zur Verfügung stellt.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband bewertet es als positiv, dass die primäre Prävention und die Gesundheitsförderung nun zu einer Pflichtleistung der Krankenkassen werden. Wir haben uns seit vielen Jahren dafür eingesetzt, dass neben der Primärprävention auch die Gesundheitsförderung eine Aufgabe der Krankenkassen wird, denn gemäß des salutogenetischen Ansatzes muss es Ziel der Gesundheitspolitik sein, nicht nur Krankheiten zu vermeiden und ihrer Entstehung vorzubeugen, sondern gezielt Gesundheit zu erhalten und zu stärken.

Die Legaldefinitionen von primärer Prävention und von Gesundheitsförderung vermögen jedoch nicht zu überzeugen. Bei der primären Prävention geht es nicht nur um die Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken, sondern gezielt um die Vermeidung und Verringerung von Risikofaktoren für die Entstehung von Krankheiten. Dies sollte explizit so formuliert werden.

Gänzlich zu kurz greift die Legaldefinition von Gesundheitsförderung. Nach der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zielt Gesundheitsförderung auf einen Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt, um ein größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen. Es geht somit nicht nur um das selbstbestimmte gesundheitliche Handeln des Einzelnen, sondern um die gezielte Befähigung zur Entfaltung der höchstmöglichen Entfaltung der Gesundheitspotenziale. Voraussetzung ist die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und Lebensumstände. Daher ist Gesundheitsförderung untrennbar mit dem Ziel der Verringerung von sozial und auch geschlechtsspezifisch bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen verbunden. Gesundheitsförderung ist zudem nicht nur Aufgabe des Gesundheitswesens und der Krankenkassen, sondern eine gesamtgesellschaftliche und politikfeldübergreifende Querschnittsaufgabe. Vor diesem Hintergrund ist es sachgerecht, dass in die Entwicklung einer Nationalen Präventionsstrategie nach § 20d SGB V neben den Krankenkassen auch eine Reihe anderer Sozialleistungsträger eingebunden sind. Die jetzt im Gesetzentwurf vorgesehene Definition von Gesundheitsförderung verengt hingegen auf das gesundheitsbezogene Handeln des Einzelnen. Gesundheitsförderung hebt jedoch gerade auf die Verbindung von Verhaltens- und Verhältnisprävention ab. Daher wird für die Legaldefinition ein alternativer Lösungsvorschlag unterbreitet, der diese Verbindung berücksichtigt.

Wir begrüßen, dass in den Legaldefinitionen insbesondere die Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit der Gesundheitschancen als Ziel der primären Prävention und Gesundheitsförderung genannt wird. Aus Sicht der Caritas sind insbesondere primärpräventive Maßnahmen in Lebenswelten geeignet, um sozial benachteiligte Menschen wie Menschen mit niedrigem

Bildungsstand oder niedrigen Einkommen oder auch Menschen mit Migrationshintergrund vor Ort, dort wo sie leben, wohnen, arbeiten, lernen und spielen, zu erreichen.

Positiv zu bewerten ist des Weiteren, dass sich bei den Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung künftig die Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele des Kooperationsverbunds „gesundheitsziele.de“ zu berücksichtigen sind, denn diese werden im breiten Konsens von Bund, Ländern, Städten, Kommunen, Kostenträgern, Leistungserbringern und Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie von Wissenschaft und Forschung mit einer hohen Bündelung von Fachkompetenz erarbeitet. Wichtig ist, dass die benannten Ziele nicht abschließend zu verstehen sind, sondern durch aktuelle Gesundheitsziele ergänzt werden können. Dies fordert auch der Bundesrat. Der Deutsche Caritasverband schlägt vor, dass auch andere Gesundheitsziele als die von „gesundheitsziele.de“ erarbeiteten Gegenstand der Nationalen Präventionsstrategie sein können. Sollte es bei der konkreten Aufzählung der einzelner Gesundheitsziele von „gesundheitsziele.de“ bleiben, schlagen wir dringend vor, dass das genannte Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ zum Gesundheitsziel „Tabak- und Alkoholkonsum reduzieren“ erweitert wird. Von Alkoholabhängigkeit und ihren massiven gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen sind ca. 1,4 Mio. Menschen und ihre Familien in Deutschland betroffen. Daher kommt der Reduzierung alkoholbezogener Störungen für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation besondere Bedeutung zu. Da eine gesunde Ernährung einen wesentlichen Schlüssel zum Erhalt der Gesundheit darstellt, ist es aus unserer Sicht sehr sinnvoll, auch die Prävention von Mangel- und Fehlernährung, die insbesondere bei älteren Menschen ein Problem darstellt, vor allem aber auch die Prävention von Übergewicht und Adipositas ins Gesetz aufzunehmen.

Angeregt wird, diesen Absatz in § 20d Nationale Präventionsstrategie zu verschieben, denn die Gesundheitsziele müssen im Rahmen der Nationalen Präventionsstrategie festgelegt werden. Die Akteure der Nationalen Präventionskonferenz müssen die Verfahren bestimmen können, mit denen Ziele definiert und umgesetzt werden können.

Es wird begrüßt, dass insbesondere die individuellen Präventionskurse künftig einem einheitlichen Verfahren der Qualitätssicherung durch Zertifizierung unterworfen werden. Die vorgesehene Veröffentlichungspflicht über die Leistungsangebote im Internet kann die Transparenz gegenüber den Versicherten erhöhen und ist geeignet, den Qualitätswettbewerb der Krankenkassen in diesem Bereich zu befördern. Allerdings hält der Deutsche Caritasverband die Durchführung der Zertifizierung durch unabhängige und anerkannte Institutionen für unabdingbar. Die in § 20 Absatz 5 SGB V neu vorgeschlagene Zertifizierung der Angebote der Krankenkasse durch die Krankenkassen selbst widerspricht dem Erfordernis der Neutralität und Unabhängigkeit einer Zertifizierungsstelle.

Der Deutsche Caritasverband erachtet es als zentral, dass Versicherten weiterhin individuelle Präventionskurse auch ohne ärztliche Präventionsempfehlung niederschwellig zugänglich sind. Insofern hält er die ausdrückliche Klarstellung des Bundesrats zu diesem Punkt für geboten. Es entspricht der Kompetenz und Eigenverantwortung, wenn Versicherte aus eigenem Antrieb und unabhängig von Früherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 SGB V bzw. be-

triebsärztlicher Untersuchungen Primärpräventionsangebote ihrer Krankenkasse in Anspruch nehmen. Es ist daher positiv zu bewerten, dass der Gesetzentwurf die Inanspruchnahme von individuellen Verhaltenspräventionskursen nicht an eine ärztliche Präventionsempfehlung bindet. Gleichzeitig sollte die Krankenkasse bei ihrer Leistungsgenehmigung jedoch verbindlich an eine vom Arzt oder der Ärztin vorliegende Präventionsempfehlung gebunden sein. Ebenso verbindlich für die Leistungsgenehmigung muss auch die Präventionsempfehlung nach dem SGB XI sein. Die diesbezügliche Ergänzung des Bundesrats ist daher in den Gesetzestext aufzunehmen.

Generell ist zu begrüßen, dass die Ausgaben für die §§ 20, 20a und 20b SGB V pro Versicherten auf den Betrag von 7 Euro angehoben werden. Es ist auch sachgerecht, 2 Euro von diesen 7 Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung zu verausgaben. Angesichts der hohen Bedeutung, die Maßnahmen der primären Gesundheitsförderung in Lebenswelten gerade für sozial benachteiligte Menschen haben, fordert der Deutsche Caritasverband jedoch eine deutliche Anhebung der Ausgaben für die primäre Prävention in Lebenswelten. Vorgeschlagen wird, von den 7 Euro Mindestbetrag pro Versichertem 4 Euro für diesen Bereich zu verausgaben. Generell sollen nicht verausgabte Mittel für die Gesundheitsförderung und Primärprävention im Folgejahr erneut zur Verfügung gestellt werden, damit die Krankenkassen einen Anreiz haben, stärker und mit längerfristigeren Maßnahmen in die Gesundheitsförderung zu investieren.

Lösungsvorschlag

Die Legaldefinition von primärer Prävention in § 20 Absatz 1 Satz 1 neu soll lauten:

„Leistungen zur Verhinderung und Verringerung der Risikofaktoren für die Entstehung von Krankheiten“

Die Legaldefinition von Gesundheitsförderung in § 20 Absatz 1 Satz 1 neu soll lauten:

„Leistungen zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, die dem Versicherten ein Höchstmaß an Selbstbestimmung über seine Gesundheit ermöglichen“

Die Liste der Gesundheitsziele soll auch ohne weitere Gesetzesänderung jederzeit aktualisierbar und erweiterbar sein. Wir regen an, § 20 Absatz 3 Sätze 1 und 2 wie folgt neu zu fassen und als Absatz 2 in § 20d Nationale Präventionsstrategie zu integrieren:

„Bei der Aufgabenwahrnehmung nach § 20 Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die jeweils aktuellen nationalen Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Darüber hinaus können weitere Gesundheitsziele definiert werden.

Die Aufzählung von Gesundheitszielen in Absatz 3 Satz wird wie folgt ergänzt:

Ziffer 3 wird erweitert und wie folgt formuliert: „Tabak**- und Alkohol**konsum reduzieren“

Als Ziffer 7 wird angefügt: „Übergewicht und Adipositas: Entstehung verhindern, gesundheitsförderliches Verhalten fördern, Erkrankungen nachhaltig behandeln“

Als Ziffer 8 wird angefügt: „Fehl- und Mangelernährung: vorbeugen, frühzeitig erkennen und behandeln“

Die Mindestausgaben für die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sollen auf mindestens 4 Euro angehoben werden. § 20 Absatz 6 Satz 2 soll daher wie folgt formuliert werden:

„Ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten **mindestens 4 Euro für die Leistungen nach § 20a und mindestens 2 Euro für die Leistungen nach § 20b** auf.“

Die Präventionsempfehlung nach § 25 und § 26 SGB V sowie nach § 18 SGB XI ist für die Krankenkassen bindend. § 20 Absatz 5 Satz 1 wird daher wie folgt formuliert:

„**Für** ihre Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention ist eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3, eine **Präventionsempfehlung nach § 18 Absatz 6 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetz** sowie eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge abgegebene Empfehlung **bindend**.“

Nicht verausgabte Mittel für Leistungen nach § 20a müssen im Folgejahr erneut zur Verfügung stehen. Wir schließen uns dem diesbezüglichen Formulierungsvorschlag des Bundesrates an.

§ 20a neu i.V. mit Artikel 2 Ziffer 2 zu § 20a neu: Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Gesetzentwurf

§ 20a SGB V neu definiert die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (Settings). Als Lebenswelt definiert werden für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Die Krankenkassen sollen auf der Grundlage der Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der Präventionsstrategie nach § 20f neu SGB V mit diesen Leistungen zum Aufbau und zur Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen beitragen. Dazu erheben die Krankenkassen unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich der Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zu ihrer Verbesserung sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten. Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkung besonders erschwert ist, sollen die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende eng zusammenarbeiten.

Voraussetzung für diese Leistungen der Krankenkassen ist nach § 20a Absatz 2 SGB V neu, dass die für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung der Vorschläge der Krankenkas-

sen bereit sind und mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen beitragen.

Mindestens ein Viertel des Betrags für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, d.h. mindestens 0,50 Euro, soll nach § 20a Absatz 3 neu SGB V ab dem Jahr 2016 an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) fließen. Mit diesen Mitteln soll die BZgA kassenübergreifende Leistungen zur Prävention in Lebenswelten, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen fördern. Dabei hat sich die BZgA an den Festlegungen der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V neu zu orientieren. Sie kann für die Durchführung ihres Auftrags auch geeignete Kooperationspartner heranziehen. Die Mittelverausgabung soll sich an der Anzahl der jeweils in einem Bundesland Versicherten richten. Der Bundesrat schlägt hingegen vor, höchstens 20 Prozent der Summe, welche die Krankenkassen zur Prävention in Lebenswelten nach § 20 Absatz 6 Satz 2 SGB V aufzuwenden haben, der BZgA pauschal zur Verfügung zu stellen. Das wären 0,40 Euro. Mit diesen Mitteln soll die BZgA die Krankenkasse bei der Konzepterarbeitung, Qualitätssicherung, Dokumentation und Bewertung der Ergebnisse unterstützen. Einen Teil dieser Mittel könnte sie auch für Kampagnen aufwenden.

Das Nähere zu Inhalt, Umfang, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Qualität der laut Gesetzentwurf von der BZgA durchzuführenden Leistungen sowie zu den für die Durchführung notwendigen Kosten ist zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der BZgA zu vereinbaren, erstmals spätestens bis zum 30. Oktober 2015. Kommt die Vereinbarung bis zu diesem Datum nicht zustande, erbringt die BZgA ihre Leistungen nach dem Stand der Verhandlungen über die Vereinbarung sowie unter Beachtung des Gebots der Wirtschaftlichkeit nach § 12 SGB V.

Bewertung

In § 20a SGB V neu werden zweierlei Begriffe von „Lebenswelt“ verwendet. Nach § 20a Absatz 1 Satz 1 sind Lebenswelten abgrenzbare soziale Systeme, insbesondere des Wohnens, Lernens und Studierens, der gesundheitlichen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung. Die Lebenswelt des Arbeitens wird hier ausdrücklich ausgeklammert, da die Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nicht nach § 20a SGB V neu, sondern nach § 20b SGB V neu erbracht werden. In § 20a Absatz 3 wird der Lebenswelt-Begriff dann von sozialen Systemen auf soziale Institutionen verengt, wie z.B. Kindertagesstätten oder auch Schulen. Der Lebenswelt-Ansatz („Setting“-Ansatz) ist jedoch systemisch zu verstehen. Er veranschaulicht, dass die individuelle gesundheitliche Situation stark vom sozialen Umfeld mit bestimmt wird. Der Erfolg von gesundheitsförderlichen Ansätzen ist umso wahrscheinlicher, je stärker die Rahmenbedingungen und Verhältnisse innerhalb dieses Lebensumfelds selbst zur Gesundheitsförderung beitragen und somit die individuellen gesundheitlichen Ressourcen und Kompetenzen unter aktiver Partizipation der Betroffenen fördern und stärken. Je institutionalisierter, formalisierter und breite Bevölkerungsschichten erreichend ein solches soziales System ist, wie z.B. eine Schule oder eine Kindertagesstätte, desto leichter lässt sich solch eine Lebenswelt oder ein Lebensraum beeinflussen. Es ist jedoch von zentraler Bedeutung, Beitragsmittel für die Gesundheitsförderung nicht nur in institutionalisierten Strukturen wie den in § 20a Absatz 3 genannten Lebenswelten zu verausgaben, sondern auch Lebenswelten wie Stadtteile, Selbsthilfegruppen oder

peer-groups zu berücksichtigen. Besondere Bedeutung kommt der Familie und dem Haushalt als zu beachtendes Setting zu, da die Familie und die eigene Häuslichkeit für die gesundheitliche Situation elementar und prägend sind.

Als Schritt in die richtige Richtung ist zu bewerten, dass der Kabinettsentwurf jetzt die gesundheitliche Situation von arbeitslosen Menschen im ALG I und ALG-II-Bezug in den Blick nimmt, indem er in § 20a Absatz 1 bei Personen, deren berufliche Eingliederung erschwert ist, auf die Notwendigkeit der Zusammenarbeit von Krankenkassen und Bundesagentur für Arbeit sowie den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende bei der Leistungserbringung hinweist. Arbeitslose weisen oftmals einen schlechteren Gesundheitszustand auf und nehmen seltener an Präventions- und Gesundheitsangeboten teil als Arbeitnehmer. In der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Grünen bezüglich der Gesundheitsförderung für Arbeitslose steht, dass nur bei vier Prozent der Setting-Maßnahmen Arbeitslose als Zielgruppe genannt wurden (Drs. 17/9860, S.5). Die Bundesagentur für Arbeit ihrerseits hat bisher keinen eigenständigen expliziten Präventionsauftrag. Sie kann Gesundheitsförderung als Bestandteil von Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 45 SGB III anbieten. Dies ist jedoch keine regelhafte Gesundheitsförderung, so dass Personen im SGB II und SGB III nur in Fällen von regionalen Kooperationen wie z.B. dem Projekt AmigA (Brandenburg) oder dem Projekt JobFit (NRW) von Präventionsmaßnahmen bei Arbeitslosigkeit erreicht werden können. Grundlegende Voraussetzung für den Erfolg präventiver Maßnahmen ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes die Freiwilligkeit der Teilnahme. Wir weisen deshalb vorsorglich darauf hin, dass das Sanktionssystem des SGB II sich letztlich nicht auf die Pflege oder Wiederherstellung des Gesundheitszustandes erstrecken darf. Hier sollte vielmehr Unterstützung durch psychosoziale Beratung, motivierende Gesprächsführung und die Entwicklung individueller gesundheitsbezogener Ziele angeboten werden.

Es entspricht dem Setting-Ansatz der WHO, wenn in § 20a Absatz 1 Satz 3 SGB V neu ausdrücklich auf die Beteiligung der Versicherten abgehoben wird. Das partizipative und mitgestalterische Element soll ausdrücklich Voraussetzung für eine Förderung des Settings sein.

Unklar ist, welche und wessen „gesundheitliche Situation“ die Krankenkassen gemäß § 20a Absatz 1 Satz 3 SGB V neu unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen in den Settings erheben. Diese Formulierung ist dem alten § 20a zur Betrieblichen Gesundheitsförderung entliehen und bezieht sich dort konkret auf das Setting Betrieb. Da es zur Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen der Kooperation der Akteure vor Ort bedarf, ist der Verweis auf die Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f ausreichend. In § 20a Absatz 2 stellt sich die Frage, was unter einer „angemessenen Eigenleistung“ der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen zu verstehen ist. Die „angemessene Eigenleistung“ ist, wie auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf ausführt, ein unbestimmter Rechtsbegriff, der ggf. dazu genutzt werden kann, die von den beteiligten Akteure erbrachte Eigenleistung als unzureichend zu bewerten und in der Konsequenz von einer Leistungserbringung abzusehen. Unklar bleibt auch, wer bewerten soll, ob eine Eigenleistung angemessen ist oder nicht. Die Einrichtungen erbringen in jedem Fall eine Eigenleistung. Diese besteht nach unserer Auffassung darin, dass sie ein Konzept für die Entwicklung gesundheits-

förderlicher Ansätze entwickeln und dieses durch den Einsatz von Personal- und Sachmitteln unter Einschluss der Förderung durch die Krankenkassen umsetzen. Ggf. wären hier für die Finanzierung weiterer Kosten die jeweiligen Leistungs- und Kostenträger der Einrichtungen verantwortlich.

Kritisch bewertet der Deutsche Caritasverband, dass mindestens ein Viertel der Ausgaben für die Gesundheitsförderung und primäre Prävention in Settings verbindlich an die BZgA abzuführen ist. Dies bedeutet, dass mindestens 1 Euro an die BZgA fließt, wobei dieser Betrag je nach Krankenkasse auch höher liegen kann. Der Schwerpunkt der Aufgaben der BZgA liegt in der gesundheitlichen Aufklärung. Als Fachbehörde für Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt sie Strategien und setzt diese in Kampagnen, Programmen und Projekten um. Dazu gehört sowohl die zielgruppengerechte Vermittlung von geeigneten Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen durch mediale Kampagnen, die Bereitstellung und Verbreitung entsprechender Informationsmaterialien als auch die Schulung und die Fort- und Weiterbildung der auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und Gesundheitsaufklärung tätigen Berufs- und Personengruppen. Es ist durchaus sachgerecht, diese Rolle der BZgA zu stärken und entsprechend finanziell zu fördern.

Der Gesetzentwurf hebt hinsichtlich des Wirkens der BZgA insbesondere auf die Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen sowie die Lebenswelten für ältere Menschen als Settings, in denen die BZgA tätig werden soll, ab. Besonders in den Blick zu nehmen sind jedoch auch und gerade vulnerable Personengruppen wie z.B. wohnungslose, suchtkranke, psychisch kranke, (langzeit-)arbeitslose Menschen und Kinder in belasteten Familien. Settingbezogene Maßnahmen für sozial benachteiligte und von sozialer Ausgrenzung bedrohte Menschen werden nur wirken, wenn auf regionaler Ebene Kooperationen mit Kommunen und Trägern sozialer Einrichtungen erfolgen. Für diese Maßnahmen - einschließlich der Kosten für die Kooperation - muss im Budget für die Primärprävention in Settings ein entsprechender finanzieller Spielraum gegeben sein. Darüber hinaus spricht sich der Deutsche Caritasverband dafür aus, dass auch evaluierte Programme der Früherkennung und Frühintervention z.B. im Hinblick auf riskanten oder schädlichen Suchtmittelkonsum in den Leistungskatalog der GKV einbezogen werden. Als ergebnisoffene Angebote sind sie darauf ausgerichtet, frühzeitig zur Überprüfung und Veränderung des eigenen Konsumverhaltens zu motivieren und hierfür konkrete Unterstützung zu vermitteln. Sie sind zudem geeignet, auch Bevölkerungsgruppen anzusprechen, die z.B. von breit angelegten Öffentlichkeitskampagnen nur in geringem Maße oder gar nicht erreicht werden.

Im Übrigen stellt sich die Frage, inwiefern die BZgA in der Lage ist, „kassenübergreifende Leistungen durchzuführen“, wie es der Gesetzentwurf formuliert, da sie diese Leistungen nicht selbst anbieten kann. Zur im Gesetzentwurf vorgesehenen Rolle der BZgA bei der Durchführung von Setting-Maßnahmen ist generell festzustellen, dass die BZgA als Bundesbehörde keine Information über sinnvolle Präventionsmaßnahmen vor Ort besitzen kann, da sie die regionalen Akteure nicht kennt. Regional gibt es seit langem eingeführte und geübte Strukturen, in denen die Krankenkassen mit den Akteuren vor Ort zusammenarbeiten, z.B. mit den Landesvereinigungen für Gesundheit, bei denen wiederum die Koordinierungsstellen angebunden

sind. Wie der Bundesrat sind wir der Auffassung, dass eine direkte Intervention der BZgA in den Lebenswelten zu unnötigen Parallelstrukturen führt, die zudem noch aus Mitteln der Krankenkassen für die BZgA finanziert werden müssten. Die Kernkompetenz der BZgA liegt in der wissenschaftlichen Aufbereitung von Daten, der Qualitätssicherung und Bereitstellung von zielgruppenspezifischen Informations- und Beratungsangeboten. Daher schließt sich der Deutsche Caritasverband dem Vorschlag des Bundesrats an, die Rolle der BZgA auf die Unterstützung der Krankenkassen bei der Konzepterarbeitung und bei der Dokumentation und Bewertung von Ergebnissen sowie vor allem auf die Sicherstellung und Weiterentwicklung einer einheitlichen Qualität zu konzentrieren und ihr dafür entsprechende Mittel zur Verfügung zu stellen.

Allerdings lehnen wir weiterhin ab, dass Mittel, die eigentlich direkt für die Gesundheitsförderung und Prävention in Settings zur Verfügung stehen sollen, in Höhe der Höchstgrenze von 0,80 Euro aus Mitteln der GKV für die BZgA verausgabt werden sollen. Der Deutsche Caritasverband schlägt vor, dass die BZgA höchstens 20 % des Betrags, den die Krankenkassen für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a verausgaben, als pauschale Vergütung erhalten sollen. Der DCV schließt sich damit dem Vorschlag des Bundesrates an. Den Verweis auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit nach § 12 SGB V bei einem Nichtzustandekommen der Vereinbarung zwischen BZgA und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 20a Absatz 4 erachten wir in diesem Zusammenhang als nicht ausreichend. Da nicht anzunehmen ist, dass das Gesetz vor Juli 2015 in Kraft treten kann, erachten wir die Frist des 30. Oktober 2015 für den Abschluss der erstmaligen Vereinbarung für nicht realistisch. Im Gesetz sollte daher eine andere Frist gesetzt werden. Die Mittel sollen erst verausgabt werden können, wenn eine wirksame Vereinbarung geschlossen wurde.

Der Gesetzentwurf der Vorgängerregierung enthielt noch die Regelung, dass sich der Verband der Privaten Krankenversicherung an der Förderung der Tätigkeit der BZgA beteiligen kann. Da auch die Privatversicherten von den Kompetenzen und Leistungsangeboten der BZgA profitieren, ist dieser Passus in den Gesetzentwurf wieder aufzunehmen.

Lösungsvorschlag

Aus § 20a Absatz 2 wird die „angemessene Eigenleistung“ gestrichen und die „Kann“-Leistung zu einer verbindlichen Leistung erklärt:

„Die Krankenkasse **erbringt** Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, **wenn die für die Lebenswelt Verantwortlichen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation umsetzen, die zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten führen**“.

In § 20a Absatz 3 wird die Aufzählung der Lebenswelten um nicht institutionenbezogene Lebenswelten ergänzt. Satz 1 wird wie folgt erweitert:

„Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und

Jugendhilfe, in Schulen sowie **in den Stadtteilen**, in Lebenswelten älterer Menschen und in **Lebenswelten von vulnerablen Gruppen**…“

Die Rolle der BZgA wird auf die Konzepterarbeitung, Qualitätssicherung sowie Dokumentation und Bewertung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Primärprävention fokussiert. Wir schließen uns dem diesbezüglichen Formulierungsvorschlag des Bundesrats an. § 20a Absatz 3 Satz wird wie folgt formuliert:

„Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben in den Lebenswelten gemäß § 20 Absatz 4 Nummer 2 und 3 und zur Sicherstellung und Weiterentwicklung einer einheitlichen Qualität beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter Berücksichtigung der nach § 20f Absatz 1 geschlossenen jeweiligen Rahmenvereinbarungen und im Einvernehmen mit den Ländern, den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen ab dem Jahr 2016 die Krankenkassen mit der Konzepterarbeitung und Qualitätssicherung sowie bei der Dokumentation und Auswertung von Ergebnissen zu beraten und zu unterstützen. Die BZgA erhält einen Teil der Mittel für bundesweite Kampagnen zur Prävention. Über deren konkrete Verwendung schließt sie einen Kooperationsvertrag mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab“.

Die Mittel für die BZgA für Leistungen der Prävention in Lebenswelten sollen zudem höchstens 20 % der Summe umfassen, den die Krankenkassen hierfür aufwenden. Wir schließen uns dem entsprechenden Formulierungsvorschlag des Bundesrates an.

Auch die privaten Krankenversicherungen sollen in die Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung eingeschlossen werden.

In § 20a Absatz 6 SGB V neu soll nach Satz 3 ein neuer Satz 4 angefügt werden:

„Der Verband der privaten Krankenversicherung kann Tätigkeiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die diese im Rahmen ihres öffentlichen Auftrags einbringt, mit Zuwendungen fördern.“

§ 20b neu i.V. mit Artikel 2 Ziffer 3 zu § 20b neu: Betriebliche Gesundheitsförderung

Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf stärkt die Rolle des Betriebsarztes, der im Gesetzestext nun explizit als Akteur der betrieblichen Gesundheitsförderung benannt wird. Des Weiteren soll die Kooperation der Krankenkassen untereinander und mit den Unternehmen gestärkt werden. Zu diesem Zweck sollen regionale Koordinierungsstellen aufgebaut werden, die Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen beraten und unterstützen. Sie sollen klären, welche Krankenkasse im Einzelfall die Leistungen im Betrieb erbringt. An der Beratung sollen örtliche Unternehmensorganisationen, wie Industrie- und Handelskammern oder Handwerkskammern und Innungen beteiligt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen treffen das Nähere zu den Aufgaben, zur Arbeitsweise und zur Finanzierung dieser Koordinierungs-

stellen durch Kooperationsvereinbarungen. Werden die Mindestausgaben für die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V neu unterschritten, stellt die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung, der sie dann nach einem noch festzulegenden Verteilungsschlüssel auf die Landesverbände der Krankenkasse und die Ersatzverbände, die Kooperationsvereinbarungen mit örtlichen Unternehmensorganisationen geschlossen haben, verteilt. Damit soll sichergestellt werden, dass die nicht verausgabten Mittel der Förderung bereits vorhandener Koordinierungsstellen zu Gute kommen. Der Bundesrat fordert darüber hinaus, dass auch die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden neben den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung in die Betriebliche Gesundheitsförderung eingebunden werden.

Bewertung

Im Setting Betrieb können viele Versicherte für gesundheitsförderliche Maßnahmen erreicht werden. Als sinnvoll erachtet der Deutsche Caritasverband eine stärkere Bündelung der Kompetenzen der Krankenkassen und der örtlichen Unternehmensorganisationen für die betriebliche Gesundheitsförderung. Die Krankenkassen sollen in den Regionen vor Ort zusammenarbeiten, um im konkreten Betrieb möglichst viele Versicherte zu erreichen. Diese Kooperationsfunktion sollen die regionalen Koordinierungsstellen erfüllen. Es stellt sich allerdings die Frage, ob es hier des Neuaufbaus von Strukturen bedarf, denn auch heute schon sind in den Betrieben eine Vielzahl von Krankenkassen vertreten. Zudem lässt der Gesetzentwurf einige wichtige Fragen offen bzw. unbeantwortet: Wie ist die „Region“ definiert, in der sich die Koordinierungsstellen bilden sollen? Bezieht sich die in § 20b Abs. 3 Satz 1 SGB V neu erwähnte „Nutzung bestehender Strukturen“ auf das Know-how der jeweiligen Krankenkassen oder auf die Unternehmen? Es stellt sich zudem die Frage, wie die Zusammenarbeit in den Regionalen Koordinierungsstellen mit den örtlichen Unternehmensorganisationen, wie z.B. Industrie- und Handelskammern oder Handwerkskammern, konkret organisiert werden soll. Unklar bleibt auch, wie die regionalen Koordinierungsstellen der Krankenkassen finanziert werden sollen. Der Gesetzestext trifft zu diesen Punkten lediglich die Aussage, dass das Nähere zu Aufgaben, Arbeitsweise und Finanzierung der Koordinierungsstellen durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen geregelt werden soll bzw. durch Kooperationsvereinbarungen mit den örtlichen Unternehmensorganisationen.

An dieser Stelle sei grundsätzlich angemerkt, dass der Zunahme der psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise am und durch den Arbeitsplatz, bisher im Gesetzesentwurf wenig Rechnung getragen wird. Zumindest in der Begründung sollte dieser Aspekt systematisch nachgebessert werden.

Da die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden über konkrete Informationen über die örtlichen betrieblichen Gegebenheiten verfügen, sollten sie systematisch in die BGF einbezogen werden. Wir unterstützen den diesbezüglichen Vorschlag des Bundesrates. Wir halten die Einbindung der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden für notwendig und sinnvoll, um Abstimmungen über die Leistungen zur betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung, die sich mit denen der Krankenkassen überschneiden können, zu ermöglichen. Wir verweisen dringend darauf, dass die Mittel der Unfallversicherung für den

präventiven Arbeitsschutz aufgrund der Ausweitung der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen nicht reduziert werden dürfen, sondern vielmehr durch die Koordinierung der Leistungen verstärkte Synergien genutzt werden sollen.

Lösungsvorschlag

Es sollen keine neuen Strukturen zur regionalen Koordinierung geschaffen werden. In Artikel 2 zu § 20b Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen“ gestrichen. Entsprechend entfallen auch die Sätze 3 und 4.

§ 20d neu: Nationale Präventionsstrategie

Gesetzentwurf

Die Krankenkassen werden verpflichtet, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame Nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und ihre Umsetzung und Fortschreibung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz zu gewährleisten. Die Nationale Präventionsstrategie umfasst insbesondere die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie die regelmäßige Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht). Der Bundesrat fordert, dass die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende in die Entwicklung und Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie einbezogen werden.

Die bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen zielen auf die Weiterentwicklung der Qualität von Prävention und Gesundheitsförderung sowie auf die Zusammenarbeit der für die Leistungserbringung in Lebenswelten und Betrieben zuständigen Träger und Stellen. Dies erfolgt erstmals bis zum 31.12.2015 insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen sowie der Dokumentations- und Berichtspflichten. Bei der Festlegung gemeinsamer Ziele werden auch die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie die von der Ständigen Impfkommission gem. § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfohlenen Schutzimpfungen berücksichtigt. Die Rahmenempfehlungen werden im Benehmen mit den Bundesministerien für Gesundheit, für Arbeit und Soziales, für Ernährung und Landwirtschaft, für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium des Inneren und den Ländern vereinbart. An der Vorbereitung werden die Bundesagentur für Arbeit und die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden beteiligt. Der Bundesrat fordert, dass die Rahmenempfehlungen „im Einvernehmen“ mit den o.g. Bundesministerien vereinbart werden.

Der Präventionsbericht wird alle 4 Jahre erstellt. Der Bericht enthält insbesondere Angaben zu den Erfahrungen mit der Anwendung der §§ 20 bis 20g, zu den Ausgaben für die Leistungen der Träger nach Abs. 1 und ggf. auch der Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversi-

cherung, zu den Zugangswegen, den erreichten Personen, der Erreichung der gemeinsamen Ziele und der Zielgruppen, den Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und der Zusammenarbeit bei der Durchführung von Leistungen sowie zu möglichen Schlussfolgerungen. Die Nationale Präventionskonferenz leitet den Bericht dem BMG zu. Das BMG legt den Bericht den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes vor und fügt eine Stellungnahme der Bundesregierung bei. Die Leistungsträger nach Satz 3 erteilen der Nationalen Präventionskonferenz die für die Erstellung der Präventionsberichte erforderlichen Auskünfte. Das Robert-Koch-Institut stellt die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings erhobenen relevanten Informationen für den Präventionsbericht zur Verfügung. Die Länder können regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung für den Präventionsbericht einbringen.

Bewertung

Die Regelungen legen die Grundsätze der Entwicklung und Durchführung der nationalen Präventionsstrategie fest. Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die präventiven Leistungen der Sozialversicherungsträger mit ihren spezifischen Aufgaben im gegliederten System der sozialen Sicherung in einer trägerübergreifenden Präventionsstrategie verknüpft werden. Die Klarstellung in der Gesetzesbegründung, dass dabei bestehende, qualitätsgesicherte Angebote, Programme und Prozesse zu berücksichtigen sind, wird ausdrücklich unterstützt, da auf diese Weise bewährte Strategien fortgeführt und verstetigt werden können. Dies kann ein Beitrag dazu sein, Prävention und Gesundheitsförderung anstelle der bisherige „Projektitis“ an längerfristigen Strategien auszurichten. Vielfältige Erfahrungen belegen, dass nachhaltige Veränderungen durch Gesundheitsförderung und Prävention nicht durch kurze Interventionen erzielt werden können, sondern einer längerfristigen Perspektive bedürfen. Durch die Festlegung gemeinsamer Ziele und daraus abgeleiteter Zielgruppen und vorrangiger Handlungsfelder werden die Voraussetzungen für koordinierte Maßnahmen der genannten Sozialversicherungsträger geschaffen. Die nun vorgesehene Berücksichtigung der Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie die von der Ständigen Impfkommission gem. § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfohlenen Schutzimpfungen werden als sachgerecht bewertet und ausdrücklich unterstützt. Die Erfahrung hat gezeigt, dass neben chronischen und psychischen Erkrankungen auch durch Impfungen vermeidbare Infektionskrankheiten nach wie vor eine nicht unbedeutende Rolle für die Gesundheit der Bevölkerung haben und nicht vernachlässigt werden dürfen.

Die Berücksichtigung der Belange Langzeitarbeitsloser und die Verzahnung der gesundheitlichen Prävention mit der öffentlichen Jugendhilfe entsprechen einer wiederholten Forderung des Deutschen Caritasverbandes. Allerdings wird die Einbindung der beiden genannten Akteure allein in die Vorbereitung der Rahmenempfehlung als unzureichend bewertet. Da die Umsetzung insbesondere settingbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in ihrer Wirksamkeit auf die Kooperation vieler Akteure und flankierende Maßnahmen angewiesen sind, sollte dies auch in einer breiten Trägerschaft der Präventionsstrategie abgesichert werden. Wir schließen uns daher der Forderung des Bundesrates an, dass die Bundesagentur für Arbeit und die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende verbindlicher in die Entwicklung und Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie eingebunden werden, beziehen in diese Forderung aber auch die Träger der öffentlichen Jugendhilfe mit ein.

Auch die Rückkoppelung mit den genannten Bundesministerien und den Ländern bleibt auf dem Wege der Herstellung des Benehmens zu unverbindlich und damit unzureichend. Selbst unter der Maßgabe, dass die Umsetzung der Präventionsstrategie nur aus zusätzlichen Mitteln der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung (und ggf. den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung) finanziert wird, sollte zumindest sichergestellt sein, dass die Präventionsstrategie von den relevanten Bundesministerien und den Ländern mitgetragen und im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben unterstützt wird. Daher unterstützen wir den Vorschlag des Bundesrates, dass die Rückbindung an die o.g. Bundesministerien im Einvernehmen erfolgen soll. Zudem sollten aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes auch die Bundesministerien für Bildung und Forschung sowie für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit entsprechend einbezogen werden.

Die regelmäßige Erstellung eines Präventionsberichts wird mit den beschriebenen Zielsetzungen und Inhalten ausdrücklich begrüßt, da dies die kontinuierliche Überprüfung und Anpassung der Präventionsstrategie ermöglicht. Der Präventionsbericht soll laut Begründung auch eine Grundlage für die Verbesserung der Kooperation und Koordination sowie für die Weiterentwicklung der gemeinsamen Ziele sein. Dies kann auch Empfehlungen zur Anpassung der von der Kooperationsplattform „gesundheitsziele.de“ entwickelten Ziele oder zur Erarbeitung neuer Ziele beinhalten. Um dies zu gewährleisten, halten wir es für dringend geboten, dass der Präventionsbericht in jeder Legislaturperiode so rechtzeitig eingebracht wird, dass die Präventionskonferenz ggf. Anpassungen ihrer Präventionsstrategie ableiten und vornehmen kann und das Einvernehmen mit den zu beteiligenden Bundesministerien herstellen kann. Zudem soll der Gesetzgeber ggf. erforderliche gesetzliche Initiativen auf den Weg bringen können. Wir regen außerdem an in der Geschäftsordnung zur Präventionskonferenz nach § 20e Verfahren festzulegen, wie die Dokumentation von Maßnahmen, ihrer Zielerreichung und der Qualität der Kooperation auch unabhängig von dem umfassenden Präventionsbericht erfolgen kann (z.B. im Hinblick auf vereinbarte spezifische Fragestellungen oder Erhebungszeiträume), damit bei Bedarf frühzeitig steuernd eingegriffen werden kann. Die zusätzliche Einbeziehung der Ergebnisse aus dem Gesundheitsmonitoring des Robert-Koch-Instituts (RKI) begrüßen wir ausdrücklich. Die Studien des RKI zur Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA), zur Gesundheit Erwachsener (DEGS) und zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS) liefern mit ihren Querschnitt- und Langzeiterhebungen eine umfassende Daten- und Informationsgrundlage für die Gesundheitspolitik. In Verbindung mit der Gesundheitsberichterstattung der Länder können fundierte Grundlagen für die Ausrichtung der Präventionsstrategien und die Ableitung entsprechender Maßnahmen geschaffen werden.

Lösungsvorschlag

Die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der Grundsicherung und die Träger der öffentlichen Jugendhilfe werden verbindlich in die Struktur zur Erarbeitung einer Nationalen Präventionsstrategie eingebunden. § 20 Absatz 1 wird daher nach dem Wort „Unfallversicherung“ um die Wörter „die Bundesagentur für Arbeit, den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchenden und den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe“ erweitert.

Die Rahmenempfehlungen sollen nicht nur im Benehmen, sondern im Einvernehmen mit den zu beteiligenden Bundeministerien vereinbart werden. In § 20d Absatz 3 Satz 3 ist daher das Wort „Benehmen“ durch das Wort „Einvernehmen“ zu ersetzen. In den Kreis der Ministerien sind die Bundesministerien für Bildung und Forschung sowie für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit mit einzubeziehen.

§ 20e neu: Nationale Präventionskonferenz

Gesetzentwurf

Zur Entwicklung und Fortschreibung der Nationalen Präventionsstrategie wird eine Nationale Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung sowie den Pflegekassen mit je zwei Sitzen gebildet. Die beteiligten Sozialversicherungsträger setzen die Präventionsstrategie in engem Zusammenwirken um. Bund und Länder erhalten jeweils vier Sitze mit beratender Stimme. Die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesagentur für Arbeit und die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer erhalten jeweils einen Sitz mit beratender Stimme. Die Nationale Präventionskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung, in der insbesondere die Arbeitsweise und das Beschlussverfahren festgelegt werden und die einstimmig angenommen werden muss. Die Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e.V. erhält einen Sitz, wenn die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sich angemessen finanziell an Programmen und Projekten im Sinne der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen beteiligen.

Die Nationale Präventionskonferenz wird durch ein Präventionsforum beraten, das in der Regel einmal jährlich stattfindet. Neben den stimmberechtigten und beratenden Mitgliedern der Nationalen Präventionskonferenz gehören dem Präventionsforum Vertreterinnen und Vertreter der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände an. Die Nationale Präventionskonferenz beauftragt die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung mit der Durchführung des Präventionsforums. Die Einzelheiten zur Durchführung des Präventionsforums einschließlich der für die Durchführung notwendigen Kosten werden in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz geregelt.

Bewertung

Die Präventionsstrategie erhält mit der Bildung der Präventionskonferenz einen verfahrensmäßigen und institutionellen Ordnungsrahmen. Dies sichert die kontinuierliche und verbindliche Überprüfung und Weiterentwicklung der Präventionsstrategie der beteiligten Versicherungsträger ab.

Die Regelungen normieren die Aufgabe der Nationalen Präventionskonferenz und legen deren Mitglieder fest. Die Einbindung der Unternehmen der Privaten Krankenversicherung unter dem Vorbehalt der vorgegebenen Kostenbeteiligung an den Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung wird ausdrücklich begrüßt. Die Beteiligung von Bund und Ländern, der Kommunalen Spitzenverbände und der repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer über eine beratende Funktion wird dagegen als unzureichend bewertet. Angesichts der in § 20d Abs. 1 Nr. 1 skizzierten weitreichenden Gegenstände der Präventionsstrategie sowie der hohen Bedeutung von Setting-Ansätzen und der betrieblichen Gesundheitsförderung ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes eine verantwortliche Mitgestaltung der genannten beratenden Mitglieder unerlässlich.

Der Gesetzentwurf stärkt die beratenden Mitglieder immerhin dadurch, dass nun die Bundesagentur für Arbeit mit Sitz und beratender Stimme vertreten ist; Bund und Länder sollen nun mit jeweils vier Sitzen deutlich stärker vertreten sein, im Referentenentwurf waren jeweils noch zwei Sitze vorgesehen gewesen. Allerdings bewerten wir die Rolle der öffentlichen Hand und insbesondere der Bundesländer trotz der erhöhten Sitze mit beratender Funktion als nicht ausreichend. Ihrer Bedeutung in der Prävention und Gesundheitsförderung entsprechend sollen sie aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes nicht nur beratende Funktion wahrnehmen, sondern mit Stimmrecht an der Entwicklung der Präventionsstrategie beteiligt werden. Dies wäre konsequent im Hinblick darauf, dass für die Operationalisierung der Präventionsstrategie und der bundeseinheitlichen Empfehlungen auf Landesebene verbindliche Rahmenvereinbarungen getroffen werden müssen. Die verbindliche Mitwirkung der öffentlichen Hand an der Entwicklung und Fortschreibung der Nationalen Präventionsstrategie muss aus unserer Sicht damit verbunden sein, dass Bund und Länder sich mit Steuermitteln zusätzlich an der Finanzierung der Prävention und Gesundheitsförderung beteiligen. Wir halten zudem die Einbindung der Bundesministerien Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Verkehr und Wohnen, Umwelt, Ernährung und Verbraucherschutz sowie Bildung und Forschung für notwendig, um die erforderliche ressortübergreifende Kooperation und Akzeptanz zu gewährleisten. Den Vorsitz der Nationalen Präventionskonferenz sollte das Bundesministerium für Gesundheit innehaben.

Die fachliche Rückkoppelung der Nationalen Präventionskonferenz soll durch ein Präventionsforum gewährleistet werden, das – wie in der Begründung ausgeführt – in Form einer Fachkonferenz ausgestaltet werden soll. Damit bleiben Aufgabe und Funktion des Präventionsforums sehr vage, die Form der Fachkonferenz legt eine eher unverbindliche Rolle des Präventionsforums nahe. Angesichts der Bedeutung der Nationalen Präventionsstrategie sollten die Aufgaben des Präventionsforums und die Form der fachlichen Beratung unter Einbindung der in der Prävention und Gesundheitsförderung relevanten Akteure präzisiert werden. Zudem sollte geklärt werden, welche für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände das Präventionsforum bilden sollen**.** Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sind mit ihren Einrichtungen, sozialräumlichen Projekten und ihrem zivilgesellschaftlichen Einsatz in vielfältigen Lebenswelten engagiert. Daher sollten sie in der Nationalen Präventionskonferenz angemessen vertreten sein. Die Gründe für die Beauftragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. mit der Durchführung der Konferenz ist uns nicht nachvollziehbar, da sie ein Zusammenschluss unterschiedlicher öffentlicher und privater

Akteure ist und keine nachgeordnete Behörde darstellt. Wir sehen diese Aufgabe vielmehr bei der BZgA verortet, die bereits die Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz führt.

§ 20f neu: Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie

Gesetzentwurf

Zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie schließen die Landesverbände der Krankenkassen, der Ersatz- und Pflegekassen mit den in den Ländern zuständigen Stellen und den für Leistungen der Prävention zuständigen Trägern der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene. Die für die Rahmenvereinbarungen maßgeblichen Leistungen richten sich nach § 20 Abs. 4 Nr. 2 und 3, nach den §§ 20 a bis 20c sowie nach den für die Pflegekassen, für die Träger der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung jeweils geltenden Leistungsgesetzen.

Die Beteiligten der Rahmenvereinbarungen treffen Festlegungen unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen insbesondere zu gemeinsam und einheitlich zu verfolgenden Zielen und vorrangigen Handlungsfeldern (unter Berücksichtigung der regionalen Erfordernisse), zur Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten, der einvernehmlichen Klärung von Abgrenzungsfragen, zu Möglichkeiten der gegenseitigen Beauftragung der Leistungsträger nach dem SGB X, zur Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe sowie zur Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen. An der Vorbereitung der Rahmenvereinbarungen werden die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende sowie die Kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene beteiligt. Sie können den Rahmenvereinbarungen beitreten. Die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Rahmenvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften müssen die Aufsichtsbehörden nicht vorab über die Bildung informieren.

Bewertung

Die Vorschrift legt das Verfahren zur Operationalisierung der Rahmenempfehlungen nach § 20d auf der Landesebene fest. Die Vereinbarung von Rahmenvereinbarungen der genannten Sozialversicherungsträger wird ausdrücklich begrüßt, da auf diese Weise eine Konkretisierung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlung und deren koordinierte Umsetzung – unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten - unterstützt wird. Die Vorschrift hebt insbesondere auf die Sicherstellung der Zusammenarbeit der beteiligten Sozialversicherungsträger ab und bekräftigt, dass für sie keine neuen Zuständigkeiten und Leistungsverpflichtungen begründet werden. Die Funktion der Bundesagentur für Arbeit und der Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie der Kommunalen Spitzenverbände auf der Landesebene wird dadurch gestärkt, dass sie nicht nur an der Vorbereitung der Rahmenvereinbarung beteiligt sind, sondern ihr auch beitreten können. Diese Form der Beteiligung halten wir für die öffentliche Hand

angesichts ihrer Bedeutung für die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort jedoch nicht für ausreichend. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes sollen die Kommunalen Spitzenverbände den Rahmenvereinbarungen nicht nur beitreten können, sondern diese als Vereinbarungspartner mitgestalten und mittragen. Die verbindliche Mitwirkung der öffentlichen Hand muss aus unserer Sicht damit verbunden sein, dass – wie bereits oben ausgeführt - sich Bund und Länder mit Steuermitteln zusätzlich an der Finanzierung der Prävention und Gesundheitsförderung beteiligen.

Die konkrete Umsetzung der vereinbarten Präventionsziele reicht über die Zuständigkeiten der beteiligten Sozialversicherungsträger jedoch weit hinaus. Diesem Sachverhalt trägt die Rahmenvereinbarung in der Weise Rechnung, dass sie auch Festlegungen zur Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst, den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe sowie zur Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen trifft. Diese Festlegung einer breiten Beteiligung und Zusammenarbeit ist einerseits sachgerecht in der Weise, dass sie vielfältige öffentliche und private Akteure einbindet und damit den Erfordernissen für die Umsetzung komplexer Gesundheitsziele entspricht. Allerdings können die Vereinbarungspartner keine Festlegungen für Träger und Einrichtungen Dritter treffen, ohne sie in das Verfahren angemessen einzubinden und an den Vereinbarungen zu beteiligen.

Wie für die bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen gilt aus unserer Sicht auch für die Rahmenvereinbarungen auf der Landesebene, dass sie von den relevanten Landesministerien und -behörden mitgetragen und im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben unterstützt werden müssen. Daher sollte eine angemessene Einbindung und Verpflichtung der entsprechenden Ministerien und Behörden vorgesehen werden.

Der Hinweis, dass die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Rahmenvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften die Aufsichtsbehörden nicht vorab über die Bildung informieren müssen, legt die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach § 94 SGB X nahe. Allerdings könnten hier, insbesondere um die Aufnahme von Mitgliedern über die Sozialversicherungsträger hinaus zu ermöglichen, auch andere Formen wie z.B. Gesundheitskonferenzen zum Tragen kommen, die in einzelnen Bundesländern bereits erfolgreich arbeiten. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes müssen die Koordinierungsstellen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit auf Landesebene verbindlich in die Kooperation eingebunden werden. Die Koordinierungsstellen verfügen über langjährige Erfahrung in der Unterstützung und Abstimmung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung auf Landesebene. Zudem haben sie zum Ziel, die Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Gruppen in die Fläche zu tragen und weiterzuentwickeln.

Während die Operationalisierung der Rahmenempfehlungen auf der Landesebene durch die Vorschriften zu den Rahmenvereinbarungen geregelt ist, macht der Gesetzentwurf keine Aussagen zur konkreten Umsetzung auf der kommunalen und regionalen Ebene. Aktionsbündnisse oder Präventionskonferenzen könnten hier für die erforderliche Abstimmung und Koordinierung sinnvoll sein.

Der Bundesrat fordert, in § 20f Absatz 1 und Absatz 2 Satz 2 jeweils die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde mit aufzunehmen, damit diese in den Prozess der Erarbeitung der Landesrahmenvereinbarungen verbindlich mit einbezogen wird. Wir schließen uns dieser Forderung und den entsprechenden Formulierungsvorschlägen des Bundesrates an. Im Zuge der Operationalisierung und Konkretisierung der Nationalen Präventionsstrategie ist der bereits in § 20 Absatz 3 geforderte Bezug zur gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie für das betriebliche Setting erforderlich.

§ 20g neu: Modellvorhaben

Gesetzentwurf

Die Krankenkassen, die Träger der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung und die Pflegekassen und ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung einzeln oder in Kooperation mit Dritten, insbesondere mit den in den Ländern zuständigen Stellen nach § 20f Absatz 1, Modellvorhaben durchführen. Diese sollen die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen der Prävention in Lebenswelten und zur betrieblichen Gesundheitsförderung verbessern. Sie können auch der wissenschaftlich fundierten Auswahl geeigneter Maßnahmen zur Zusammenarbeit dienen. Die Modellvorhaben sind in der Regel auf fünf Jahre zu befristen und nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu begleiten und auszuwerten.

Bewertung

Die Möglichkeit zur Durchführung von Modellvorhaben und ihre Fokussierung auf die Erprobung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und in Betrieben werden begrüßt. Auch die Option, Fragen der Zusammenarbeit modellhaft zu erproben, bewertet der Deutsche Caritasverband positiv, da innovative Versorgungsansätze häufig an eine träger- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit gebunden sind, die zugleich aber hohe Anforderungen an die beteiligten Akteure umfasst. Die Einbindung Dritter eröffnet die Möglichkeit zur Erprobung praxisnaher Zusammenarbeit mit vielfältigen Akteuren in der Gesundheitsversorgung und Prävention. Neben den Kommunen und der Agentur für Arbeit sind hier auch insbesondere Selbsthilfeorganisationen und die Wohlfahrtsverbände mit ihren Trägern und Einrichtungen zu nennen, die in zahlreichen Arbeitsfeldern und Settings tätig und mit der Lebenslage der jeweiligen Zielgruppen vertraut sind.

Für die Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung ist die Motivation und Partizipation der Adressatinnen und Adressaten unabdingbar. Die Modellvorhaben sollten daher auch gezielt partizipativ ausgerichtet sein. Zudem muss es möglich sein, dass die Leistungsträger nach § 20d SGB V neu Modellvorhaben nicht nur einzeln, sondern auch gemeinsam durchführen.

Die Befristung der Projektlaufzeit auf maximal fünf Jahre ist sachgerecht, da die Bewertung der Effekte von Prävention und Gesundheitsförderung nicht in kurzfristigen Projekten geleistet werden kann. Präventionsprojekte leiden häufig an der kurzfristigen Förderung, die keine Perspektive für die nachhaltige Umsetzung der Projektergebnisse umfasst. Aus diesem Grund regt der Deutsche Caritasverband an, dass im Rahmen der Modellvorhaben jeweils auch Fragen der Übertragbarkeit der innovativen Ansätze in die Regelversorgung bzw. auf andere Zielgruppen oder Regionen integriert werden.

§ 23 neu: Medizinische Vorsorgeleistungen

Gesetzentwurf

Versicherte, die aus beruflichen oder familiären Gründen Vorsorgeleistungen nicht in Anspruch nehmen können, welche aus medizinischen Gründen erforderlich sind und für welche die wohnortnahen Leistungen nach § 23 Absatz 1 SGB V nicht ausreichen, können künftig ambulante wohnortferne Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten in Anspruch nehmen, ohne dass zuvor wohnortnahe Leistungen erbracht wurden. Der Zuschuss, den die Satzung der Krankenkasse für den Versicherten vorsieht, erhöht sich für erwachsene Versicherte von 13 auf 16 Euro und für versicherte chronisch kranke Kinder von 21 auf 25 Euro.

Bewertung

Mit dem Reformvorschlag würdigt der Gesetzgeber besondere berufliche oder familiäre Situationen, wie beispielsweise eine häusliche Pflege, bei denen erforderliche medizinische Leistungen zur gesundheitlichen Vorsorge nicht oder nur schwerlich in den regulären Tagesablauf integriert werden können und alternativ eine wohnortfernere kompaktere Behandlung erfolgversprechender erscheint. Durch die Klarstellung dürfen Krankenkassen ihre Versicherten bei Leistungsentscheidungen nicht mehr darauf verweisen, dass entsprechende ambulante Angebote an ihrem Wohnort ausreichen. Wir begrüßen dies nachdrücklich. Gleichzeitig erschließt sich uns jedoch nicht, warum diese Leistungen nur auf den Bereich der ambulanten Vorsorge in Kurorten begrenzt sein sollen. Die Erhöhung des Zuschusses nach § 23 Absatz 2 Satz 2 und Satz 3 SGB V ist angemessen.

Angesichts der demographischen Entwicklung und eines zunehmenden Betreuungs- und Pflegebedarfs besteht die Herausforderung, gute Rahmenbedingungen für die häusliche Pflege zu gestalten. Dazu gehören auch der Erhalt und die Förderung der Gesundheit der Pflegepersonen. Hierzu können bei Bedarf neben medizinischen Rehabilitationsleistungen auch medizinische Vorsorgeleistungen außerhalb der häuslichen Pflegesituation eine wichtige Unterstützung leisten. Diese sollten daher, ebenso wie die Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu einer Pflichtleistung normiert werden, die bei Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen von den Krankenkassen zu finanzieren sind.

Lösungsvorschlag

§ 23 Absatz 4 Satz 1 SGB V wird, wie folgt, gefasst:

„Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, **erbringt** die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht."

§ 24d Satz 1 neu: Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe

Gesetzentwurf

§ 24d Satz 1 wird um die Regelung ergänzt, dass ein Anspruch auf Hebammenhilfe bis zum Ablauf von 12 Wochen nach der Geburt besteht; weitergehende Leistungen bedürfen der ärztlichen Anordnung.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt das Ziel des Gesetzgebers, den Zeitraum für den Anspruch auf Hebammenhilfe zu erweitern. Er hält den Zeitraum von 12 Wochen jedoch für zu gering, um die angestrebte Flexibilisierung in der Inanspruchnahme der Hebammenhilfe zu erreichen. Wir schließen uns daher der Forderung des Bundesrats an, die wie bisher vorgesehenen 36 Besuche im Zeitraum von sechs Monaten in Anspruch nehmen zu können. Die zeitliche Verlängerung der Hebammenleistungen kann einen wichtigen Beitrag zur Prävention gesundheitlicher Beeinträchtigungen des Kindes und für die Förderung eines gesunden Aufwachsens leisten. Die zeitliche Verlängerung auf sechs Monate eröffnet die Möglichkeit, junge Familien bei Bedarf längerfristig zu begleiten und in ihrer Frequenz stärker am individuellen Bedarf der Familie und des Kindes auszurichten.

Allerdings weisen wir darauf hin, dass die Möglichkeit zur ärztlichen Anordnung weitergehender Leistungen über die 36 Besuche hinaus davon unberührt bleiben muss.; Sollte sich also im Lauf der sechs Monate herausstellen, dass die 36 Besuche nicht ausreichend sind, muss weiterhin die Möglichkeit bestehen, weitergehende Leistungen auf Grundlage einer ärztlichen Anordnung mit entsprechender Indikationsstellung in Anspruch zu nehmen.

Wir schließen uns zudem der Forderung des Bundesrates an, durch Anfügung eines Satz 4 neu klarzustellen, dass die ärztliche Beratung auch Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind, insbesondere nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch Kinder- und Jugendhilfe umfasst. Auf diese Weise kann die präventionsorientierte Beratung gestärkt und darauf hingewirkt werden, dass die Eltern oder Elternteile standardmäßig auf die Angebote der Frühen Hilfen aufmerksam gemacht werden. Auf diese Weise erhalten die Eltern oder Elternteile einen diskriminierungsfreien Zugang zu vielfältigen Unterstützungsangeboten.

Lösungsvorschlag

Wir unterstützen den Vorschlag des Bundesrates, die Verordnung auf Hebammenhilfe über die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen 12 Wochen hinaus auf 6 Monate zu verlängern und schließen uns dessen Formulierungsvorschlag an.

§ 24 Satz 4 neu wird angefügt:

„Die Beratung umfasst außerdem Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind, insbesondere nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe."

§ 25 neu: Präventionsempfehlung im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen

Gesetzentwurf

Die unterste Altersgrenze für die Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchungen von bisher 35 Jahren ist entfallen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, Inhalt, Umfang und Häufigkeit der Untersuchungen sowie die für die Früherkennung in Frage kommenden Erkrankungen an den jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens anzupassen und alters- und zielgruppengerecht auszugestalten. In der Neuregelung wird klargestellt, dass zu den Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V auch die präventionsorientierte Beratung gehört. Die Untersuchungen sollen zudem auch eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention in Form einer ärztlichen Bescheinigung umfassen können, sofern diese medizinisch angezeigt ist. Zur präventionsorientierten Beratung soll auch die Überprüfung des Impfstatus gehören.

Bewertung

Der Gesetzentwurf setzt den präventionsmedizinischen Grundsatz um, dass eine Früherkennung, die sich auf die Erkennung von bereits eingetretenen Krankheiten beschränkt, zu kurz greift. Die Regelung sieht vor, dass bei Früherkennungsuntersuchungen systematisch auch der Aspekt der primären Prävention und Gesundheitsförderung in den Blick genommen werden muss. Viele Erkrankungen, wie die Volkskrankheiten Herz-Kreislauf- oder Stoffwechselerkrankungen, können durch gesundheitsbewusste Lebensführung, wie gesunde Ernährung, Bewegung, Stressreduktion, positiv beeinflusst werden. Der Deutsche Caritasverband begrüßt angesichts der immer evidenter werdenden großen Impflücken bei der Erwachsenenbevölkerung ausdrücklich, dass zur präventionsorientierten Beratung auch die Überprüfung des Impfstatus zählt. Es ist positiv zu bewerten, wenn im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung auch eine Präventionsempfehlung abgegeben werden kann, die für die Krankenkassen eine wichtige Grundlage für die Entscheidung über eine Leistung zur individuellen Prävention darstellt. Die Präventionsempfehlung soll nach Auffassung des Deutschen Caritasverbands regulärer Bestandteil der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V sein. Sie soll für die Ent-

scheidung der Krankenkassen über Leistungen der individuellen Verhaltensprävention bindend sein. Angesichts des in der Bevölkerung weit verbreiteten Problems des Übergewichts ist es nachdrücklich als positiv zu bewerten, dass die Präventionsempfehlung auch Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung umfassen soll.

Der Deutsche Caritasverband erachtet es als nicht ausreichend, wenn Präventionsempfehlungen nur im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V abgegeben werden können. Präventionsempfehlungen sollen auch regulärer Bestandteil einer kurativen Behandlung sein können. § 28 Absatz 1 SGB V (ärztliche Behandlung) ist entsprechend zu ergänzen. Zudem sollte sich die Präventionsempfehlung auch auf Maßnahmen der Gesundheitsförderung erstrecken können. Dies sollte explizit im Titel zum Ausdruck kommen. Der Deutsche Caritasverband schlägt daher vor, die „Präventionsempfehlung“ zur „Empfehlung für Primärprävention und Gesundheitsförderung“ umzutitulieren. Näheres soll der Gemeinsame Bundesausschuss regeln. Der Arzt soll im Rahmen der ärztlichen Behandlung auch verpflichtet werden, die Wirkung seiner ärztlichen Empfehlung im Sinne einer Erfolgskontrolle zu überprüfen und die Empfehlung ggf. anzupassen.

Lösungsvorschlag

§ 28 Absatz 1 wird nach Satz 1 SGB V um folgenden Satz ergänzt:

„Die ärztliche Behandlung umfasst, sofern medizinisch angezeigt, eine Empfehlung zur Primärprävention und Gesundheitsförderung“.

§ 26 neu: Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Gesetzentwurf

Die Neuregelung weitet das Untersuchungsprogramm der Kinder- und Jugenduntersuchungen durchgängig bis zum achtzehnten Lebensjahr aus. Zudem sollen sich Früherkennungsuntersuchungen künftig auch expressis verbis auf die psycho-soziale Entwicklung beziehen.

Der untersuchende Arzt oder die untersuchende Ärztin soll über Gesundheitsrisiken informieren, abgestimmt auf die Altersgruppe und das Risikoprofil des Kindes. Zudem ist die Überprüfung der Vollständigkeit des Impfschutzes vorgesehen. Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit und der Entwicklung des Kindes sollen aufgezeigt werden. Über gesundheitsbezogene Angebote und Hilfen soll aktiv informiert werden. Die Begründung stellt klar, dass die Information sich auch auf regionale Eltern-Kind-Unterstützungsangebote wie „Frühe Hilfen“ erstrecken soll. Ärzte und Ärztinnen sollen zudem, sofern medizinisch angezeigt, Präventionsempfehlungen ausstellen, die von den Krankenkassen bei der Bewilligung von Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 zu berücksichtigen sind. Diese richten sich nicht nur an die Kinder und Jugendlichen selbst, sondern auch an Eltern oder andere Sorgeberechtigte – insbesondere bei Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die Früherkennungsuntersuchungen im höheren Alter von Kindern nicht aufhören sollen, sondern nunmehr auch die Gruppe der 6-10jährigen Kinder und die Gruppe der Jugendlichen stärker in den Blick genommen und deren spezifische Gesundheitsrisiken im Rahmen der U's erfasst werden können. Wir begrüßen zudem die Klarstellung, dass sich die Leistungen nach § 20 Absatz 5 nicht nur auf Kinder, sondern - insbesondere bei Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter - auch auf Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten können mit dem Ziel der Steigerung der gesundheitlichen Elternkompetenz. Auch die explizite Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus wird als sachgerechte Leistung im Rahmen der U‘s positiv bewertet.

Unterstützt wird nachdrücklich, dass die Beratung ein wichtiger Baustein der U's werden soll. Werden Kinder und Jugendliche und deren Eltern über Gesundheitsrisiken aufgeklärt, werden ihnen mögliche präventive Verhaltensweisen und weitere Unterstützungsangebote aufgezeigt; aus diese Weise kann Entwicklungsstörungen wirksam vorgebeugt und die Eigenverantwortung für ein gesundes Leben gestärkt werden. Allerdings greift der Wortlaut des Gesetzes im Hinblick darauf zu kurz, dass gesundheitliche Risiken und psychosoziale Belastungen für das Kind nicht erst dann Gegenstand einer Beratung sein sollten, wenn bereits medizinische Anzeichen zu erkennen sind. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbands ist es unbedingt notwendig, dass in einem frühestmöglichen Stadium psychosoziale Belastungen in der Familie erkannt werden, die möglicherweise erst später zu physischen oder psychischen Krankheiten des Kindes führen. Hierbei kommt den Ärztinnen und Ärzten in Geburtskliniken, die in der Regel die U1 und U2 durchführen, eine besondere Bedeutung zu. Geburtskliniken sind als Zugang zu Familien geradezu prädestiniert, um von hier aus eine Brücke in klinikexterne Angebote und Netzwerke Früher Hilfen zu schlagen. Nahezu alle Familien werden erreicht, denn 98 % aller Kinder kommen im Krankenhaus auf die Welt. Die Inanspruchnahme von Leistungen des Krankenhauses rund um die Geburt ist selbstverständlich und wird als nicht stigmatisierend erlebt. Daher ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbands der Gesetzestext dahingehend anzupassen, dass die Beratung auch psychosoziale Belastungen in der Familie erfassen soll, insbesondere in den ersten Lebensjahren des Kindes.

Der Bundesrat fordert, dass auch die bestehenden Untersuchungen für Jugendliche im Zusammenhang mit dem Berufseinstieg auf ein vergleichbares Niveau angehoben und die Jugendschutzuntersuchungen verbindlich durch einen präventiven Ansatz aufgewertet werden. Wir schließen uns dieser Forderung an, da gerade Jugendliche, die frühzeitig die Schule beenden und ins Erwerbsleben eintreten, im Rahmen anderer Präventionsmaßnahmen oft nur schwer erreicht werden können. Daher halten auch wir es für geboten, möglichst zeitnah im Rahmen eines künftigen Gesetzgebungsverfahrens die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen gemäß §§ 32 ff. Jugendarbeitsschutzgesetz unter Berücksichtigung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu treffenden Präventionsempfehlungen zu novellieren.

Lösungsvorschlag

§ 26 Absatz 1 Satz 1 soll wie folgt ergänzt werden:

„Versicherte **Säuglinge**, Kinder und Jugendliche sollen…“

§ 26 Absatz 1 Satz 2 soll wie folgt in drei neue Sätze gefasst werden:

„Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung für Eltern und Kind. **Die Beratung erstreckt sich auf die Erfassung und Bewertung psychosozialer Belastungen in der Familie, insbesondere solcher, bei denen die erkennbare Möglichkeit besteht, dass sie in absehbarer Zeit zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Kindes oder Jugendlichen führen können.** Die Beratung umfasst die Information zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind bzw. Jugendlichen

§ 65a neu: Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Gesetzentwurf

Die Neuregelung sieht vor, die bisherige „Kann“-Leistung in den Satzungen der Krankenkassen zu einer „Soll“-Leistung umzuwandeln. Des Weiteren soll der Bonus neben der bisher schon gewährten Form der Absenkung der Belastungsgrenze nach § 62 Absatz 1 Satz 2 SGB V gewährt werden. Voraussetzung für die Gewährung ist die Teilnahme an einer zertifizierten Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 sowie die Teilnahme an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, wobei in letzterem Fall neben dem Versicherten auch der Arbeitgeber vom Bonus profitieren soll.

Bewertung

Der Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten ist ein Wettbewerbselement, er stellt auch ein Anreizsystem für die Versicherten dar. Mit der Regelung sind alle Krankenkassen verpflichtet, Boni für ein gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten - und im Falle der betrieblichen Gesundheitsförderung – auch der Arbeitgeber in ihrer Satzung vorzusehen. Im Vergleich zum Referentenentwurf ist im Kabinettsentwurf der Bonus nicht mehr an die Form der Geldleistung und nicht mehr an die Zielerreichung der jeweiligen Maßnahme gebunden. Diese Änderungen entsprechen unseren Vorschlägen und werden daher begrüßt. Dass die Bonusprogramme stets einen Bezug zu gesundheitlichen Maßnahmen aufweisen müssen, halten wir für sachgerecht. Durch den Verweis auf die zertifizierten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 wird dies gewährleistet.

Artikel 3: Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

§ 31 Sonstige Leistungen zur Teilhabe

Gesetzentwurf

Im Kabinettsentwurf ist die noch im Referentenentwurf vorgesehene Änderung des § 31 Absatz 3 SGB VI entfallen, wonach die Deckelung der Aufwendungen der Rentenversicherung für medizinische Leistungen zur Sicherstellung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben, aufgehoben wurde.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband fordert den Gesetzgeber auf, in § 31 Absatz 3 SGB VI die Streichung der Nummer 2 vorzunehmen. Es ist ein Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung, wenn medizinische Teilhabeleistungen der Rentenversicherung für Personengruppen, deren Erwerbsfähigkeit durch eine besonders gesundheitsgefährdende Beschäftigung beeinträchtigt ist, nicht der Deckelung der Haushaltsausgaben unterliegen. Neben den Leistungen nach § 31 Absatz 1 Nr. 2 müssten gemäß dieser Logik jedoch auch die Leistungen der stationären Heilbehandlung für Kinder, Bezieher einer Alters- oder Erwerbsminderungsrente oder Waisenrente nach § 31 Absatz 1 Nr. 4 von der Haushaltsdeckelung ausgenommen werden, denn auch in diesem Fall dient die medizinische Leistung der Beseitigung einer erheblichen Gesundheitsgefährdung.

Artikel 5: Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch

§ 16 neu: Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie

Gesetzentwurf

Durch eine Ergänzung in § 16 Absatz 2 Nr. 1 wird klargestellt, dass Angebote der Familienbildung auch Maßnahmen umfassen, die der Stärkung der Gesundheitskompetenz dienen.

Bewertung

Zu Recht führt der Gesetzgeber in seiner Begründung die Bedeutung der Familie als prägenden Ort für das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen aus. In den Bindungen und Beziehungen, in der sozialen Struktur, der alltäglichen Lebenswelt der Familie, in den familiären Erziehungs- und Bildungsstrukturen werden die Weichen für die Persönlichkeitsentwicklung und gesundheitliche Entwicklung von Kindern gelegt. Für Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenz wird in der frühen Kindheit der Grundstein gelegt. Eine gute Gesundheit ist elementar für Wohlbefinden, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit. Für Kinder und Jugendliche bestimmt ihre Gesundheit nicht nur das aktuelle Wohlbefinden, sondern ist zentral für eine positive Gesamtentwicklung. Zahlreiche Studien belegen darüber hinaus die enge Wechselwirkung zwischen gesundheitlicher Verfassung des Kindes und der der Eltern sowie die hö-

heren Gesundheitsrisiken von Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien. Daher sollte verstärkt auch die psychische und physische Gesundheit von Eltern im Blick sein.

Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes ist es richtig, die Gesundheitsförderung in § 16 Absatz 2 zu verorten. Statt der vorgeschlagenen Ergänzung der Ziffer 1 wird allerdings gefordert, die Liste um eine zusätzliche Ziffer zu erweitern. So erfolgt keine Engführung auf Angebote im Rahmen der Familienbildung. Vielmehr wird der Förderung der Gesundheit in Familien ein Stellenwert gegeben, der diese den Angeboten zur Familienbildung, zur Beratung in allgemeinen Erziehungsfragen und zur Familienerholung gleichwertig stellt. Das Präventionsgesetz eröffnet damit die Möglichkeit, insbesondere belasteten Familien einen besseren Zugang zum Gesundheitssystem auch über SGB VIII-Einrichtungen zu ermöglichen.

Lösungsvorschlag

§ 16 Absatz 2 SGB VIII ist zu formulieren wie folgt:

„Leistungen zur Förderung der Erziehung in der Familie sind insbesondere
1. Angebote der Familienbildung…
2. Angebote der Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung….
(neu) 3. Angebote der Beratung zur Förderung der Gesundheit in Familien
4. Angebote der Familienfreizeit…“

§ 45 neu: Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung

Gesetzentwurf

Durch eine Ergänzung in § 45 Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 wird geregelt, dass das Wohl der Kinder und Jugendlichen in einer Einrichtung in der Regel dann gewährleistet ist, wenn – zusätzlich zu den bisherigen Kriterien – ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld in der Einrichtung unterstützt wird. Wesentlicher Bestandteil eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes – so die Begründung – soll eine entsprechende Konzeption der Einrichtung sein, die eine gesundheitsförderliche Angebots- und Arbeitsstruktur umfassen und zur Förderung des Bewusstseins für Gesundheit sowie zur Vermittlung entsprechender Kompetenzen der in der Einrichtung betreuten bzw. untergebrachten Kinder und Jugendlichen beitragen soll.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt ausdrücklich, dass die Förderung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes und eine gesundheitsförderliche Angebots- und Arbeitsstruktur explizit als Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe klargestellt werden. Nachdem im Referentenentwurf eine entsprechende Normierung im Rahmen der Leistungs- und Entgeltvereinbarung für stationäre Einrichtungen in § 78c vorgesehen war, soll die entsprechende Regelung im Kabinettsentwurf nun mit der Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung verbunden werden. Wir halten es allerdings für eine Engführung, die Förderung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes mit der Betriebserlaubnis von Einrichtungen der Jugendhilfe zu verknüpfen. Angesichts der hohen Bedeutung eines gesunden Aufwachsens für Kinder und Jugendliche bekräftigen wir unseren Vorschlag, die Förderung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes als grundsätzliche Zielsetzung des Achten Buches Sozialgesetzbuch zu normieren und sie in die

Allgemeinen Vorschriften des SGB VIII aufzunehmen und diese dadurch zu präzisieren. Auf diese Weise wäre ihre Geltung explizit für alle Maßnahmen der öffentlichen und freien Kinder- und Jugendhilfe gewährleistet.

Artikel 6: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

Gesetzentwurf

Die Pflegekassen sollen Präventionsleistungen in vollstationären Pflegeheimen und Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen erbringen und dafür im Jahr 2016 einen Betrag von 0,30 Euro für jeden Versicherten aufwenden. Der Bundesrat schlägt eine Erhöhung dieses Betrags auf 0,70 Euro pro Versichertem vor. Er fordert zudem, dass die Präventionsleistungen auch in der eigenen Häuslichkeit von Pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen zur Verfügung stehen müssen. Dieser Betrag ist in den Folgejahren entsprechend der Änderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV anzupassen. Die Pflegekassen sollen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln. Dabei sollen sie die versicherten Pflegebedürftigen und die Pflegeeinrichtungen einbeziehen. In diesem Rahmen beteiligen sich die Pflegekassen an der Nationalen Präventionsstrategie. Nach § 5 Absatz 3 SGB XI neu sollen die Pflegekassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. Unterschreitet eine Pflegekasse den Richtwert der Ausgaben in einem Kalenderjahr, muss sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung stellen, der die Mittel dann auf die Pflegekassen verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben.

Bewertung

Es ist durchaus sachgerecht, die Pflegekassen zum Träger von Präventionsleistungen zu machen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff enthält mit seinem ressourcenorientierten Ansatz der Erfassung und Stärkung von Selbständigkeitspotenzialen explizit einen präventiven Ansatz, der dem bestehenden Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht inhärent ist. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden pflegerische Risiken, z.B. Sturz oder Dekubitus, nicht mehr nur gezielt in den Blick genommen, sondern die pflegerische Planung wird darauf ausgerichtet, wie es gelingen kann, den Eintritt dieser Risiken gezielt präventiv und durch Einsatz gesundheitsförderlicher Ressourcen zu vermeiden. Da der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit dem 2. Pflegestärkungsgesetz eingeführt werden soll, kann man die präventiven Leistungen nach § 5 SGB XI neu als weitere „Vorziehleistung“ auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verstehen. Wir weisen darauf hin, dass in § 5 SGB XI neu eine Erweiterung des Leistungsspektrums der Pflegeversicherung auf Leistungen der Prävention stattfindet, während gleichzeitig der Leistungskata-

log nach § 28 SGB XI von dieser Neuregelung unberührt bleibt. Dieses ist ein rechtssystematisches Problem, zu dem sich der Gesetzgeber verhalten muss.

Wesentlich zu kurz gegriffen ist die Begrenzung der präventiven Leistungen auf die vollstationären und teilstationären Einrichtungen. Wie eben ausgeführt, werden präventive Elemente im künftigen Leistungsgeschehen im Rahmen eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einen hohen Stellenwert erhalten. Daher ist nicht nachvollziehbar, warum präventive Leistungen aus dem SGB XI auf den vollstationären oder teilstationären Bereich beschränkt sein sollen. Das private Wohnen gehört nach wie vor zu den wichtigsten Lebenswelten älterer Menschen; bei Unterstützungsbedarf gewinnen zunehmend auch neue Wohnformen wie das Leben in ambulant betreuten Wohngruppen an Bedeutung. Gerade bei der primären Prävention in Bezug auf pflegerische Versorgung geht es in erster Linie darum, dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit vorzubeugen und die Menschen dort zu erreichen, wo sie leben, wenn sie Risiko laufen, pflegebedürftig zu werden. Das bedeutet, dass die Leistungen der Prävention im häuslichen Bereich ansetzen müssen. Dies fordert auch der Bundesrat. Die Bundesregierung erwidert in ihrer Gegenäußerung, dass die Gesetzesformulierung des Kabinettsentwurfs keine Beschränkung auf den stationären Bereich bedeute: sie verweist dazu auf § 3, der den Vorrang von ambulanter vor stationärer Pflege normiere, und darauf, dass die häuslichen Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich präventiven Charakter haben, weil sie darauf ausgerichtet seien, möglichst lange ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Diese juristische Engführung der Interpretation des Vorrangs häuslich vor stationär auf die Prävention teilt der Deutsche Caritasverband nicht. Des Weiteren haben auch die stationären Leistungen grundsätzlich präventiven Charakter. Daher müssen sich zusätzliche Präventionsangebote sowohl auf den ambulanten als auch auf den stationären Sektor erstrecken können. Sofern eine Ausweitung der Leistungen auf den häuslichen Bereich vorgesehen ist, müssen sich auch die für die Prävention vorgesehenen Mittel erhöhen. Wir halten den Vorschlag des Bundesrats, das Ausgabevolumen auf 49 Mio. Euro zu erhöhen, für sachgerecht.

Der Deutsche Caritasverband setzt sich schon seit Jahren für die Erprobung und darauf folgende Einführung eines präventiven Hausbesuchs ein. Vorbild kann Dänemark sein, das für alle Menschen ab dem 75. Lebensjahr einen Rechtsanspruch auf einen solchen Besuch vorsieht. Bei einem solchen Hausbesuch in den Blick genommen werden sollte die Situation des älteren Menschen in Bezug auf sein Wohnumfeld (z.B. die Notwendigkeit wohnumfeldverbessernder Maßnahmen), seine psycho-soziale Situation (z.B. Einsamkeit, Depression, Ängste, Umgang mit Krankheitsbewältigung, Verwahrlosung), seine Selbständigkeit und Teilhabemöglichkeiten, aber auch der Bereich der Ernährung (z.B. Flüssigkeitszufuhr), der Mobilität (z.B. Sturzgefahr) oder sein soziales Netzwerk.

Lösungsvorschlag

In § 5 Absatz 1 Satz 1 neu SGB XI werden die Wörter „in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2“ gestrichen.

§§ 18 und 18a neu: Beratungsbedarf und Präventions- und Rehabilitationsempfehlung

Gesetzentwurf

In der Begutachtung soll regelmäßig eine Aussage getroffen werden, ob die Versicherten einen Beratungsbedarf im Hinblick auf Leistungen der individuellen Verhaltensprävention haben. Die Feststellung zur Rehabilitation in der Rehabilitationsempfehlung wird um Feststellungen zur Prävention erweitert und ist in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung nach § 18a Absatz 6 Satz 3 neu SGB XI zu dokumentieren. Der Bundesrat schlägt zudem vor, in einem neuen § 18 Absatz 8 zu normieren, dass die zuständigen Leistungsträger bei Feststellung, dass eine Pflegebedürftigkeit i.S. des SGB XI noch nicht vorliegt, umgehend Maßnahmen zur Prävention anbieten müssen.

Bewertung

Es ist sinnvoll, bei der Begutachtung gezielt Präventionspotenziale zu erfassen, insbesondere, wenn es um einen Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe 1 geht. Der Beratungsbedarf darf sich jedoch nicht auf individuelle Verhaltenskurse nach § 20 Absatz 5 SGB V neu beschränken, wie im Gesetzestext vorgesehen, sondern muss auch verhältnispräventiv und somit settingbezogen verstanden werden. Insbesondere müssen gezielt alle Elemente, die oben zum präventiven Hausbesuch beschrieben wurden, in die Beratungsleistung einbezogen werden. Beim Vorschlag des Bundesrats handelt es sich um eine Klarstellung, dass auch bei nicht vorliegender Pflegebedürftigkeit umgehend als erforderlich angesehene Maßnahmen der Prävention anzubieten sind. Die Änderung ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbands mit Verweis auf § 5 Absatz 1 (frühzeitige Einleitung aller geeigneten Leistungen der Prävention, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden) i.V. mit § 7a Absatz 1 Satz 8 (Anspruch auf Beratung bereits ab Antragstellung) juristisch nicht erforderlich.

Lösungsvorschlag

§ 18 Absatz 1 Satz 4 neu SGB XI wird wie folgt formuliert:

„Jede Feststellung hat zudem eine Aussage darüber zu treffen, ob ein Beratungsbedarf, insbesondere in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt, hinsichtlich **Leistungen zur Prävention** nach § 20 SGB V sowie nach § 5 SGB XI, besteht“.

§ 45 neu: Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Gesetzentwurf

Die Pflegekurse sollen künftig nicht mehr nur das Ziel verfolgen, pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen der Pflegepersonen zu mindern, sondern sollen bereits ihrer Entstehung gezielt vorbeugen.

Bewertung

Diese Zielsetzung unterstützt der Deutsche Caritasverband nachdrücklich. Wir haben uns seit langem dafür eingesetzt, die Pflegekurse stärker primärpräventiv auszurichten und auf den Erhalt der Gesundheit und die Stärkung gesundheitsförderlicher Ressourcen von Pflegepersonen auszurichten. Daher wird die Neuregelung begrüßt. Da bei den Pflegekursen die Kompetenzstärkung der pflegenden Angehörigen im Vordergrund steht, setzen wir uns dafür ein, dass ein individueller Rechtsanspruch der pflegenden Angehörigen auf solche Pflegekurse eingeführt wird.

Pflegekurse und individuelle Anleitungen und Schulungen in der Häuslichkeit tragen wesentlich zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen und einer Stabilisierung des Pflegearrangements bei. Nach der bisherigen Rechtslage sollen die Pflegekassen solche Kurse anbieten. Diese Soll-Vorschrift des Angebots ist in einen individuellen Rechtsanspruch des Versicherten bzw. seiner pflegenden Angehörigen umzuwandeln. Die Inanspruchnahme der Leistung wird gegenwärtig erschwert, weil es einer gesonderten Vereinbarung zwischen dem jeweiligen ambulanten Pflegedienst und der jeweiligen Pflegekasse des Versicherten bedarf. Neben der Einführung einer Leistungsverpflichtung gegenüber den Versicherten sollte daher ein Kontrahierungsanspruch für die Leistungsträger mit allen zugelassenen ambulanten Pflegediensten, welche die Leistung gemäß den Qualitätsvorgaben erbringen, statuiert werden. Mit einem individuellen Rechtsanspruch ließen sich auch weitere Problemanzeigen aus der Praxis lösen: So wären die Pflegekassen verpflichtet, bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich die Erstberechtigung für einen Pflegekurs zu bescheinigen. Es wäre auch klargestellt, dass der Anspruch auf einen Pflegekurs auch für pflegende Angehörige von Menschen in der Pflegestufe 0 besteht.

Artikel 8: Änderung des Infektionsschutzgesetzes

§ 34 Absatz 10a neu

Gesetzentwurf

In § 34 sieht der neue Absatz 10 a vor, dass bei der Erstaufnahme in eine Kindertagesstätte die Personensorgeberechtigten gegenüber der Einrichtung den Nachweis zu erbringen haben, dass vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf den Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Die Länder sollen bestimmen, welchen Inhalt der Nachweis enthalten muss und in welchem Zeitraum vor der Aufnahme die ärztliche Beratung stattgefunden haben muss. Wenn im Rahmen des Nachweises auch Informationen zum Impfstatus erhoben werden, soll das Gesundheitsamt anordnen können, dass die Einrichtung diese zur Einsichtnahme durch das Gesundheitsamt vorhält. Weitergehende landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband unterstützt die Zielsetzung des Gesetzgebers, den altersgemäßen Impfschutz auch bereits für jüngere Kinder, die eine Kindertagesstätte besuchen, gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts möglichst zu ge-

währleisten. Eine hohe Impfrate schützt nicht nur das einzelne Kind, sondern auch die Alterskohorten in den Einrichtungen und hilft, einer epidemischen Krankheitsausbreitung entgegenzuwirken. Bereits heute sehen die Landesgesetze für den Betrieb von Kindertagesstätten in mehreren Bundesländern Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und deren Nachweise vor, vereinzelt werden bereits Nachweise zum Impfschutz gefordert. In einzelnen Bundesländern gelten die jeweils entsprechenden Regelungen auch für den Bereich der Kindertagespflege.

Aufgrund der hohen Bedeutung des Impfschutzes halten wir grundsätzlich einen Nachweis über eine erfolgte Impfberatung für sinnvoll. Wir verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass in den Früherkennungsuntersuchungen, den sog. U-Untersuchungen regelhaft eine ärztliche Beratung zu einem altersgemäßen Impfschutz erfolgt. Zudem sind die U-Untersuchungen bundeseinheitlich festgelegt. Daher schlagen wir vor, den Nachweis über die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen als Nachweis über die Beratung zum Impfschutz heranzuziehen.

Wir halten zudem einheitliche Informationen über den Sinn und Zweck der geforderten Nachweise, die Bedeutung des Impfschutzes für das einzelne Kind und die Alterskohorten in Gemeinschaftseinrichtungen sowie die rechtlichen Grundlagen für sinnvoll, um das Verfahren möglichst transparent zu gestalten und die Eltern bzw. Personensorgeberechtigten für die Mitwirkung zu gewinnen.

Die Weitergabe von Informationen über den Impfstatus an den Öffentlichen Gesundheitsdienst halten wir dagegen aus datenschutzrechtlichen Gründen für bedenklich.

Lösungsvorschlag

§ 34 Absatz 10a soll wie folgt gefasst werden:

„Bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung haben die Personensorgeberechtigten gegenüber dieser einen Nachweis darüber zu erbringen, dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf den altersentsprechenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Dieser Nachweis soll durch den Nachweis der Inanspruchnahme der altersentsprechenden Früherkennungsuntersuchungen erbracht werden. Weitergehende landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt“.

C. Antrag der Fraktion Die LINKE „Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten (BT-Drs. 18/4322)

Antrag

Die LINKE setzt die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit als zentrale Zielsetzung in den Mittelpunkt von Gesundheitsförderung und Prävention. Konsequent müssten Prävention und Gesundheitsförderung deshalb an der sozialen Ungleichheit ansetzen und als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen werden, die alle Politikbereiche einbeziehen müsse. Informationskampagnen, die auf individuelle Verhaltensänderung anzielen, griffen zu kurz. Vielmehr seien lebensweltorientierte Settingansätze stärker zu fördern. Diese seien konsequent als Prozesse zu gestalten, die Menschen befähigen, mehr Kontrolle über ihre Gesundheut zu erlangen und Teilhabe zu ermöglichen. Gerade in der Partizipation sieht die LINKE die zentrale Schlüsselgröße der Gesundheitsförderung.

Im Einzelnen fordert die LINKE eine integrierte und koordinierte Gesamtstrategie, die unter breiter Beteiligung relevanter gesellschaftlicher Akteure entwickelt werden müsse. Hierzu seien vernetzte Kooperationsstrukturen zu etablieren, um bundeseinheitliche und verbindliche Ziele umsetzen zu können. Auch die Finanzierung müsse gesamtgesellschaftlich ausgestaltet werden und deutlich erhöht werden. Partizipative Strukturen müssen konsequent gestärkt und im gesamten Prozess der Gesundheitsförderung von der Konzeptionierung bis zur Qualitätssicherung verankert werden.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband teilt die Auffassung der LINKEN, dass der Gesundheitsstatus und Krankheitsrisiken ganz wesentlich von der sozialen Lage mitbestimmt werden und Gesundheitsförderung und Prävention daher einen Beitrag zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit leisten müssen. Daher müssen, wie oben ausgeführt, besonders vulnerable Gruppen in besonderer Weise im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung in den Blick genommen werden. Aber auch die Überwindung der Ursachen der gesundheitlichen Benachteiligung müssen im Sinne der „health in all policies“ durch politikfeldübergreifende Abstimmungen auf Bundes-, Landes und kommunaler Ebene angegangen werden. Wir unterstützen daher die Forderung der LINKEN, alle Gesetzesvorhaben daraufhin zu prüfen, welche Auswirkungen sie auf die Ungleichheit von Gesundheitschancen haben.

Der Deutsche Caritasverband stimmt der Auffassung der LINKEN zu, dass settingsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung noch deutlicher als im Gesetzentwurf vorgesehen gefördert und gestärkt werden sollen. Sie sind aus unserer Sicht der zentrale Ansatz, um nicht nur am individuellen gesundheitsbezogenen Verhalten anzusetzen, sondern die Lebenswelten - Einrichtungen, aber auch Quartiere und das soziale Wohnumfeld – selbst gesundheitsförderlich zu gestalten. Sie sind zugleich der zentrale Zugang, um Menschen an der gesundheitsbezogenen Gestaltung ihrer Lebenswelten zu beteiligen und sie als Expertinnen und Experten in eige-

ner Sache ernst zu nehmen. Aus den genannten Gründen fordert der DCV, die zusätzlichen, für Prävention in Lebenswelten vorgesehenen Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung von 2 Euro auf 4 Euro deutlich zu erhöhen.

Die LINKE setzt neben der Überwindung der gesundheitlichen Ungleichheit die Prozesse der Partizipation als Schlüsselbegriff in den Mittelpunkt ihrer Programmatik zur Gesundheitsförderung und Prävention. Diese Schwerpunktsetzung wird auch vom Deutschen Caritasverband ausdrücklich unterstützt. Partizipative Prozesse sind auch aus unserer Sicht ganz grundsätzlich in der Gesundheitsförderung und Prävention zu verankern. Dies gilt in besonderer Weise, wie oben ausgeführt, für die Umsetzung in der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Settings. Aber auch die individuelle verhaltensbezogene Prävention im Sinne einer Veränderung des Lebensstils, die zur Verhinderung, Linderung oder Überwindung einer Erkrankung erforderlich sein kann, wird ohne Partizipation des Patienten oder der Patientin keine nachhaltige Wirkung entfalten können. Auch in diesen Fällen müssen die Patient(inn)en – und ggf ihr soziales Umfeld – an der Zielentwicklung und der Planung der Maßnahmen als Partnerinnen und Partner mitwirken.

Auch der Deutsche Caritasverband sieht die Notwendigkeit, dass die Finanzierung für Prävention und Gesundheitsförderung über die Mittel der Sozialversicherung hinaus auf eine breitere finanzielle Grundlage gestellt und insgesamt erhöht werden müsse. Er fordert daher die zusätzliche finanzielle Beteiligung von Bund und Ländern, über die Bund und Länder auch verbindlich an der Entwicklung und Fortschreibung der Nationalen Präventionsstrategie zu beteiligen wären.

Die Vereinbarung von Gesundheitszielen und die Planung von wirksamen und nachhaltigen Maßnahmen müssen auf gesicherten Daten und Forschungsergebnissen basieren. Der Evaluation und Qualitätssicherung kommen daher auch aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung große Bedeutung zu. Wir sprechen uns daher für eine Unterstützung der Gesundheitsberichterstattung der Länder und Kommunen aus, die mit entsprechenden Daten der Bundesebene verknüpft und zur Grundlage für die Qualifizierung und Fortentwicklung der Präventionsstrategien genutzt werden können. Insgesamt enthält der Antrag der LINKEN somit viele Elemente, die der Deutsche Caritasverband unterstützen kann.

D. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN „Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz“ (BT-Drs. 18/4327)

Antrag

Die GRÜNEN sehen in der Gesundheitsförderung das zentrale Element eines Präventionsgesetzes. Gesundheitsförderung setze darauf, die Kompetenzen, das Selbstwertgefühl und die Selbstachtsamkeit der Menschen zu steigern und die aktive Teilhabe und Teilnahme an der

Gestaltung der eigenen Umwelt zu ermöglichen. Die GRÜNEN kritisieren, dass der vorliegende Gesetzentwurf keine Wirkung entfalten werde, weil es nicht gelinge, Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen, zu organisieren und in den Alltagswelten dauerhaft zu verankern. Schlüsselbegriffe einer grünen Gesundheitsförderungspolitik seien das Ziel der Chancengerechtigkeit, des Alltagsweltbezugs, der Partizipation, der Langfristigkeit und der Einbeziehung aller wesentlichen Akteure einschließlich der Bürgerinnen und Bürger.

Im Einzelnen fordern die GRÜNEN, dass der Fokus eines Präventionsgesetzes stärker auf vulnerable Gruppen wie Arbeitslose, Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit einer Beeinträchtigung gerichtet werden müsse. Bei der betrieblichen Prävention müssten besonders die kleinen und mittleren Betriebe unterstützt werden. Gemeinsam von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern sollen nationale Gesundheitsförderungsziele entwickelt werden. In der Umsetzung soll auf bereits etablierte und bewährte Koordinierungsstrukturen zurückgegriffen werden. Die Qualität und Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung soll bundeszentral über die BZgA gesteuert werden. Gesundheitsberichterstattung und Forschung über Gesundheitsförderung sollen ausgebaut werden. In die Finanzierung der Gesundheitsförderung sollen alle Sozialversicherungsträger, die privaten Kranken- und Pflegekassen sowie Bund, Länder und Kommunen einbezogen werden. Konkret fordern die GRÜNEN, dass die Mindestausgaben pro Versicherten bis 2020 um weitere 40 Prozent von 7 Euro auf 10 Euro angehoben werden sollen. Die Erhöhung um weitere 3 Euro soll ausschließlich in die Förderung der Alltagswelten (Settings) fließen.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband teilt die Kritik der GRÜNEN an einem verkürzten Begriff von primärer Prävention und Gesundheitsförderung. Wie oben ausgeführt, geht es bei primärer Prävention nicht nur um die Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken, sondern gezielt um die Vermeidung und Verringerung von Risikofaktoren für die Entstehung von Krankheiten. Auch nach unserer Auffassung greift vor allem der im Gesetzentwurf gewählte Ansatz von Gesundheitsförderung grundsätzlich zu kurz: Nach der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zielt Gesundheitsförderung auf einen Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt, um ein größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen. Praktisches Ziel von Gesundheitsförderung muss somit die Stärkung der Kompetenzen, des Selbstwertgefühls und der Selbstachtsamkeit sein, wie auch im Antrag der GRÜNEN beschrieben. Voraussetzung dafür ist die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und Lebensumstände. Daher ist Gesundheitsförderung untrennbar mit dem Ziel der Verringerung von sozial und auch geschlechtsspezifisch bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen verbunden.

Auch aus unserer Sicht ist Gesundheitsförderung somit eine gesamtgesellschaftliche und politikfeldübergreifende Querschnittsaufgabe. So ist die Verringerung von Lärm und Luftverunreinigung keine Aufgabe des Gesundheitswesens, sondern der Verkehrs- und Baupolitik. Wie schon oben zum Gesetzentwurf ausgeführt halten daher auch wir es für geboten, in die Nationale Präventionskonferenz neben dem Gesundheitsministerium auch die Bundesministerien Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Verkehr und Wohnen, Umwelt, Ernährung und Verbraucherschutz sowie Bildung und Forschung einzubinden.

Unabhängig davon, ob man den Begriff „Setting“ mit „Alltagswelt“ oder mit „Lebenswelt“ übersetzt, halten auch wir eine Fokussierung auf die Gesundheitsförderung und Primärprävention in den Settings für den richtigen Ansatz. In die nicht-betrieblichen Settings fließen laut Gesetzentwurf bisher nur 2 der insgesamt 7 Euro für Gesundheitsförderung. Der Deutsche Caritasverband unterstützt die GRÜNEN in dem Ansinnen, weitere Mittel in die nicht-betrieblichen Settings fließen zu lassen. Gesundheitsförderung und Primärprävention sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben, deren Finanzierung nicht allein aus Mitteln der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen erfolgen darf. Auch andere Ressorts müssen ihren Beitrag für die Gesundheitsförderung leisten. So kann beispielsweise das Programm „Soziale Stadt“ des Bundesumwelt- und Bauministeriums auch einen wesentlichen Beitrag zu Investitionen in das Wohnumfeld und die Sozialraumgestaltung leisten. In die Finanzierung von Gesundheitsförderung müssen sowohl Beitragsmittel der Sozialversicherungsträger als auch – und nicht zu einem unerheblichen Anteil – Steuermittel fließen. Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung sind vor allem Klein- und Kleinstunternehmen zu unterstützen.

Auch wir sind der Auffassung, dass die BZgA bundeszentral die Rolle der Qualitätssicherung für Gesundheitsförderung und Primärprävention übernehmen soll, denn in diesem Bereich hat sie ihre Kernkompetenzen. Zur Qualität der Gesundheitsförderung gehört auch der Ausbau der Gesundheitsberichterstattung.
Insgesamt enthält der Antrag der GRÜNEN somit viele Elemente, die der Deutsche Caritasverband unterstützen kann.

Freiburg, 14.04.2015
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär

Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik,
Deutscher Caritasverband, Berliner Büro, Tel. 030 284447-46; elisabeth.fix@caritas.de

Renate Walter-Hamann, Referatsleiterin Gesundheit, Rehabilitation, Sucht,
Deutscher Caritasverband, Tel. 0761 200 369; renate.walter-hamann@caritas.de

Caroline von Kries, Leiterin Arbeitsstelle Sozialrecht,
Deutscher Caritasverband, Tel. 0761 200 224; caroline.von.kries@caritas.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(33)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.
15_Prävention
21.04.2015

Deutsche Rentenversicherung Bund

Stellungnahme der Deutschen Rentenversicherung Bund

anlässlich der

Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages

am 22. April 2015

zu dem

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)

BT-Drucksache 18/4282

Antrag der Fraktion DIE LINKE

Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten

BT-Drucksache 18/4322

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz

BT-Drucksache 18/4327

I.) Die Deutsche Rentenversicherung Bund nimmt zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung wie folgt Stellung:

Die Bundesregierung legt ein Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz vor, das unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger und der privaten Kranken- und Pflegeversicherung die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger stärken will. Daneben soll das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz verbessert werden. Die Träger der Deutschen Rentenversicherung werden mit ihren Aufgaben nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI Teil der nationalen Präventionsstrategie.

In den letzten Jahren haben die Rentenversicherungsträger unter Nutzung des erweiterten Leistungsspielraums, der durch die Änderung des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI entstanden ist, eine neue Form der Präventionsleistungen (stationär und ambulant-berufsbegleitend) entwickelt. Diese Leistungen werden zumeist in Kooperation mit den Beschäftigungsfirmen vor Ort durchgeführt und sind der Lebenswelt „Arbeitsplatz und Berufsumfeld“ zuzuordnen. Sie sind, wie die Evaluation im Rahmen des Modellprojekts „Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern“ (Betsi) gezeigt hat, wirksam und nachhaltig. Hiervon ausgehend haben die Rentenversicherungsträger ein Rahmenkonzept Prävention sowie einen Leitfaden für Präventionsleistungen entwickelt. Zurzeit stellt der Aufbau von Präventionsangeboten in der Fläche ein wichtiges Handlungsfeld dar, dem sich die Rentenversicherungsträger gemeinsam stellen.

Zu den vorgesehenen Regelungen im Einzelnen:

Änderung im SGB VI

§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI – Streichung der Kostenbegrenzung

Ziel der Rentenversicherungsträger ist es, die Präventionsangebote bundesweit zu etablieren und systematisch auszubauen. Mit der Streichung der Kostenbegrenzung wäre der sog. „kleine Ausgabendeckel“ aufgehoben worden, denn seit 1997 sind die Ausgaben der Deutschen Rentenversicherung für Rehabilitation doppelt begrenzt. Zum Einen sind die Ausgaben in ihrer Gesamtheit gedeckelt (§ 220 SGB VI), zum Anderen sind die besonderen Leistungen (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI, wie beispielsweise Rehabilitation für onkologische Erkrankungen oder Rehabilitation für Kinder und Jugendliche) innerhalb des Gesamtdeckels begrenzt. Diese Ausgaben dürfen 7,5 % der Gesamtausgaben für Rehabilitation nicht überschreiten (kleiner Ausgabendeckel). Sollte diese Begrenzung in Zukunft beibehalten werden,

stehen die Ausgaben für Prävention in Konkurrenz zu den anderen Leistungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI. Insofern spricht sich die Rentenversicherung für die Aufhebung der Kostenbegrenzung aus und damit für die Stärkung der Gestaltungshoheit der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger bei Rehabilitationsleistungen.

Ursprünglich hatte sich auch die Bundesregierung im Koalitionsvertrag (vgl. Ziffer 2.4, Seite 53) darauf verständigt, die Gestaltungshoheit für die Reha-Leistungen der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger zu stärken. Dem hätte es entsprochen, die Begrenzung in § 31 SGB VI aufzuheben und die Gestaltungshoheit der Selbstverwaltung in diesem Bereich zu befördern.

Im Übrigen ist für die Zukunft, wenn die Ausgaben für die von den Rentenversicherungsträgern erbrachten Präventionsleistungen steigen, eine finanzielle Konkurrenz zu den anderen von den Rentenversicherungsträgern erbrachten Leistungen nach § 31 SGB VI (z.B. onkologische Leistungen, Leistungen für Kinder- und Jugendliche) zu befürchten.

Insofern wird von der Deutschen Rentenversicherung die Aufhebung der Kostenbegrenzung nach § 31 Abs. 3 SGB VI weiterhin befürwortet.

Änderungen im SGB V

Der demografische Wandel, die steigende Lebenserwartung und der Wandel von akuten zu chronisch-degenerativen und vermehrt auch psychischen Erkrankungen erfordern die Weiterentwicklung präventiver Strategien auf dem Gesundheitssektor. Die gesetzliche Unfallversicherung, die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung haben in den vergangenen Jahren, jeweils im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags, zunehmend präventive Leistungen entwickelt.

Eine stärkere Verzahnung dieser unterschiedlichen Leistungsangebote soll durch eine gemeinsame Präventionsstrategie zu einer Bündelung und Effizienzsteigerung sowohl bei der Entwicklung und Qualitätssicherung als auch bei der Durchführung von Leistungsangeboten vor Ort beitragen.

§ 20d Abs. 1 SGB V - Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie

Die Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie durch die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger, die Unfallversicherung und die Pflegekassen erscheint im Hinblick auf die Erfahrungen dieser Träger mit den Themen „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ zielführend. Für die gesetzliche Rentenversicherung ist die Beteiligung an der nationalen Präventionsstrategie in § 31 Abs. 2 Satz 3 SGB VI verpflichtend festgelegt worden.

Bisherige Ansätze einer Zusammenarbeit der Träger auf diesem Gebiet, zum Beispiel in der „Initiative Gesundheit & Arbeit“ (IGA), können im Rahmen des Präventionsforums ausgeweitet und institutionalisiert werden, um effektiv und ressourcenorientiert eine evidenzbasierte Präventionsstrategie für das deutsche Gesundheitssystem zu entwickeln. Durch die breitangelegte Diskussion dieser Strategie in der nationalen Präventionskonferenz ist eine Verankerung in den tragenden Institutionen des Gesundheitssystems und längerfristig auch in der Gesellschaft gesichert.

§ 20e SGB V - Nationale Präventionskonferenz

Eine Nationale Präventionskonferenz soll eingerichtet werden, die die Aufgaben der Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie wahrnimmt. Die Präventionskonferenz soll als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger mit je zwei Sitzen organisiert werden. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) soll die Geschäftsführung der Nationalen Präventionskonferenz übernehmen.

Die vorgesehene Führung der Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz durch die BZgA ist ein nicht hinzunehmender Eingriff in die Strukturentscheidung des § 29 SGB IV, den Sozialversicherungsträgern das Recht zur Selbstverwaltung zu übertragen. Die Spitzenorganisationen der Sozialversicherungsträger als Mitglieder der als Arbeitsgemeinschaft organisierten Nationalen Präventionskonferenz haben aufgrund ihres Selbstverwaltungsrechts in eigener Verantwortung und mit eigenen Entscheidungs- und Gestaltungskompetenzen die der Nationalen Präventionskonferenz zugewiesene Aufgabe der Entwicklung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie (§ 20e Abs. 1 SGB V) zu erfüllen. Mit diesem Grundsatz kollidiert die in § 20e Abs. 1 Satz 10 SGB V vorgesehene Festlegung, dass die Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz von der BZgA zu führen sind. Denn auf diese Weise würde mit der BZgA eine Behörde der unmittelbaren Bundesverwaltung direkten Einfluss nehmen auf die von den Sozialversicherungsträgern in eigener Verantwortung und in Wahrnehmung ihres Selbstverwaltungsrechts zu treffenden Entscheidungen und festzulegenden Strategien. Eine „Führung der Geschäfte“ durch die BZgA impliziert einen direkten Einfluss auf die Entscheidungsfindung der die Arbeitsgemeinschaft bildenden Sozialversicherungsverbände.

Darüber hinaus steht die vorgesehene Übernahme der Geschäftsführung durch die BZgA im Widerspruch zur Organisation der Nationalen Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft, für die – so § 20e Abs. 1 Satz 11 SGB V – § 94 Abs. 2 bis 4 SGB X „entsprechend“ gilt. Arbeitsgemeinschaften im Sinne des § 94 SGB X können nur von Sozialversicherungsträgern und ihren Verbänden gebildet werden. Sie können zudem nur Aufgaben wahrnehmen, die zu den durch Gesetz zugewiesenen Aufgaben der beteiligten Stellen gehören. Dies schließt es aus, dass die BZgA die Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft übernimmt, denn in diesem Fall würde mit der BZgA eine nicht zur Arbeitsgemeinschaft gehörende staatliche Behörde im Rahmen ihrer Geschäftsführung in die eigenverantwortlichen Entscheidungskompetenzen und Gestaltungsmöglichkeiten selbstverwalteter Sozialversicherungsträger als Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft eingreifen.

Diese Bedenken werden auch durch den Hinweis, die geplante Regelung des § 20e Abs. 1 SGB V stelle eine die Norm des § 94 SGB X verdrängende spezielle Regelung dar, nicht ausgeräumt. Aufgrund der Regelung des § 20e Abs. 1 Satz 1 SGB V würde es sich bei der Nationalen Präventionskonferenz um eine gesetzlich angeordnete Arbeitsgemeinschaft der Spitzenorganisationen der Leistungsträger handeln. Das ändert allerdings nichts daran, dass der Gesetzgeber Arbeitsgemeinschaften im Bereich der Sozialversicherung in § 94 SGB X kodifiziert hat. An die Nationale Präventionskonferenz als gesetzlich vorgeschriebener Ar-

beitsgemeinschaft sind deshalb – dies ergibt sich auch aus dem Verweis des § 20e Abs. 1 Satz 10 SGB V-E auf § 94 Absätze 2 bis 4 SGB X – die gleichen Maßstäbe anzulegen wie an die auf Grund eigener Entscheidung der Sozialversicherungsträger bzw. ihrer Verbände gegründeten Arbeitsgemeinschaften.

Die „Führung der Geschäfte“ der Nationalen Präventionskonferenz im Bereich der durch das Präventionsgesetz zugewiesenen Aufgaben muss deshalb den Sozialversicherungsträgern bzw. ihren Spitzenorganisationen selbst überlassen bleiben.

§ 20e Abs. 2 SGB V – Präventionsforum

Das einmal jährlich tagende Präventionsforum soll von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BvPG) durchgeführt und organisatorisch betreut werden. Durch die Beauftragung der BvPG entstehen den Rentenversicherungsträgern Mehrausgaben, deren Höhe von dem von der nationalen Präventionskonferenz festzulegenden Schlüssel für die Verteilung der Kosten abhängt. Die Höhe der für die Deutsche Rentenversicherung zusätzlich entstehenden Kosten kann bisher nicht abgeschätzt werden.

Die hauptsächlich für die Durchführung von Präventionsleistungen verantwortlichen Träger haben in der Vergangenheit bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zusammengearbeitet. Beispiele dafür sind auf Ebene der Entwicklung und Erprobung von Modellprojekten zur Prävention die oben genannte IGA sowie auf Ebene der Kooperation und Koordination der Rehabilitationsleistungen die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Eine entsprechende Lösung könnten die selbstverwalteten Sozialversicherungsträger auch für die organisatorische und fachliche Durchführung des Präventionsforums finden, so dass eine Beauftragung der BvPG entbehrlich ist.

§ 20f SGB V - Rahmenvereinbarungen auf Landesebene

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung werden verpflichtet, auf Landesebene Rahmenvereinbarungen mit den anderen Präventionsträgern über die Kooperation und Koordination der Präventionsangebote vor Ort abzuschließen. Diese angestrebten Landesrahmenvereinbarungen sollen der Operationalisierung der Strategien in den Regionen dienen.

II.) Die Deutsche Rentenversicherung Bund nimmt zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz“ wie folgt Stellung:

Der Fokus der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN liegt auf einem Abbau der sozialen Ungleichheit im Hinblick auf die Chancen gesund und lange zu leben. Die Deutsche Rentenversicherung hat nur in geringem Umfang Möglichkeit dies zu beeinflussen. Die Präventionsangebote, die die Rentenversicherung im Setting Arbeitsplatz zur Verfügung stellt, sind jedoch vom Einkommen unabhängig und berücksichtigen den Empowerment-Ansatz. Die Ausgestaltung der Rolle der BZgA kann von den Rentenversicherungsträgern nicht befürwortet werden, da sie den Grundsatz der Gestaltungshoheit der Selbstverwaltung der Sozialversicherung in Frage stellt.

III.) Die Deutsche Rentenversicherung Bund nimmt zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE „Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten“ wie folgt Stellung:

Der Vorschlag der Fraktion DIE LINKEN fokussiert sehr stark auf den Ausgleich sozialer Ungleichheit insgesamt aber auch mit Blick auf Prävention. Diese Aufgabe liegt außerhalb des Aufgabenbereichs der Träger der Rentenversicherung. Durch den Ansatz der Rentenversicherungsträger, Prävention im Setting Arbeitswelt durchzuführen, sind jedoch die Chancen, in den Genuss einer solchen Leistung zu kommen, für alle Arbeitnehmer unabhängig von ihrer sozialen Lage gleich. Der Vorschlag zur Bildung eines Fonds, in den unter anderem auch die gesetzliche Rentenversicherung einzahlt und der Vorschlag zur Vergabe dieser Gelder, die dann nicht mehr der Gestaltungshoheit der Selbstverwaltung der Sozialversicherung unterliegt, ist aus Sicht der Rentenversicherung abzulehnen.

DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND

Bleibtreustraße 24

10707 Berlin

Telefon 030 88714373-30

Telefax 030 88714373-40

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(30)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
21.04.2015

Edmund-Rumpler-Straße 2

51149 Köln

Telefon 02203 5756-0

Telefax 02203 5756-7000

www.hausaerzteverband.de

Stellungnahme des Deutschen Hausärzteverbandes e.V.

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention

(Präventionsgesetz – PrävG) – Drucksache 18/4282

Köln/Berlin, im April 2015

A. Vorbemerkung:

Der Deutsche Hausärzteverband e.V. begrüßt den Gesetzentwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention in seiner Zielsetzung und in weiten Teilen seiner Regelungsinhalte.

Die nachfolgende Stellungnahme beschränkt sich aus Gründen der besseren Übersicht und Lesbarkeit auf die Regelungsbereiche, die aus diesseitiger Sicht überprüft und ggf. geändert werden sollten.

B. Stellungnahme

Art.1 – Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 14 (§ 25) - Buchstabe a) und Nummer 19 (§ 132f)

§ 25 Absatz 1 Satz 1 statuiert den gesetzlichen Anspruch von Versicherten auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventiv-orientierte Beratung. Neben der Klarstellung, dass die ärztliche Gesundheitsuntersuchung neben der Früherkennung auch primärpräventive Maßnahmen umfasst, entfallen im Vergleich zu der aktuellen Regelung in § 25 Absatz 1 die vorgegebene Häufigkeit des Anspruchs und die untere Altersgrenze von 35 Jahren sowie die nicht abschließende Aufzählung von Zielkrankheiten. Der Deutsche Hausärzteverband e.V. begrüßt die Neudefinition des Leistungsanspruchs bei der Früherkennung von Krankheiten unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung präventivmedizinischer Erkenntnisse.

Hausärztinnen und Hausärzten kommt sowohl aufgrund ihrer Qualifikation als auch aufgrund des besonderen vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses eine Schlüsselstellung hinsichtlich einer präventiv-orientierten Beratung und Begleitung zu. Dies spiegelt sich auch in § 73 Abs.1 Satz 2 Ziff. 4 SGB V wieder. Hausärztinnen und Hausärzte haben ohne Zweifel den besten Überblick über die Krankheitsgeschichte sowie das familiäre und sozioökonomische Umfeld der Patienten. Die schriftliche Präventionsempfehlung gemäß § 25 Absatz 1 Satz 3 ist eine geeignete Maßnahme, die bei der Entscheidung der Krankenkassen über die Erbringung von primärpräventiven Leistungen zugrunde zu legen ist. Sofern nach der neuen Bestimmung in Gestalt des § 25 SGB V – E die Gesundheitsuntersuchungen, die Überprüfung des Impfstatus und auch die schriftlichen Präventionsempfehlungen sowohl von Haus- als auch von Fachärzten erbracht werden können und sollen, erscheint jedoch eine Konkretisierung der Schlüsselstellung des Hausarztes bei der Erfassung und Koordination der zuvor genannten Leistungselemente in § 73 Abs. S.2 und Abs. 1b S.2 SGB V sinnvoll.

Dies vorausgeschickt, regen wir folgende gesetzliche Konkretisierung in § 73 Abs.1 S.2 Ziff. 4 SGB V – E an.

§ 73 Abs. 1 Satz 2 Ziff.4 wird wie folgt geändert:

4. Die Einleitung, Durchführung und ***Koordination*** *präventiver und rehabilitativer Maßnahmen* ***einschließlich Überprüfung und Dokumentation des Impfstatus*** *sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.*

Ferner ist die Pflicht zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden gem. § 73 Abs. 1b SGB V auf die im Zusammenhang mit § 25 SGB V – E eingeleiteten und durchgeführten Maßnahmen zu erweitern. Dies gilt auch und besonders für betriebsärztliche Maßnahmen nach § 132f SGB V – E.

Insofern wird folgende Änderung in § 73 Abs.1b SGB V vorgeschlagen:

In § 73 Abs. 1b wird nach Satz 5 der folgende Satz 6 angefügt:

Die Sätze 1 bis 5 gelten für Leistungen und Maßnahmen nach dem 3. Abschnitt des 3. Kapitels entsprechend.

C. Fazit:

Bei allen alten und neuen Präventionsleistungen und –maßnahmen ist es für deren Nutzen und (nachhaltige) Wirksamkeit unerlässlich, dass diese koordiniert erbracht bzw. in Anspruch genommen werden. Insoweit kommt dem Hausarzt eine zentrale Rolle zu.

Ulrich Weigeldt
Bundesvorsitzender

Joachim Schütz
Geschäftsführer und Justitiar

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(29)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
21.04.2015

Deutscher Heilbäderverband e.V.

Stellungnahme des Deutschen Heilbäderverbandes e.V.

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)

Drucksachse 18/4282

im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses am 22. April 2015

Der Deutsche Heilbäderverband wertet es positiv, dass das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention zügig behandelt und noch in diesem Sommer verabschiedet wird. Er gab zum Referentenentwurf am 19. November 2015 eine ausführliche Stellungnahme ab. Sie hat weiterhin Gültigkeit und ist dieser Stellungnahme nochmals beigefügt.

Zur Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags konkretisiert der Deutsche Heilbäderverband seine Vorstellungen zur Sicherung einer wirksamen Prävention als unverzichtbaren Teil einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung in folgender Form: Gesundheitsförderung und Prävention sind ein lebenslanger Prozess. Seine Umsetzung im beruflichen und privaten Alltag bleibt eine ständige Herausforderung. Um ihr gerecht zu werden, genügt es nicht, sich auf Angebote in Kindertagesstätten, Schulen und in Betrieben oder auf Kurssysteme am Wohnort zu beschränken. Die empirischen Erkenntnisse und Erfahrungen der Präventionsarbeit in den Heilbädern und Kurorten in Deutschland verdeutlichen, dass erst die komprimierte Anleitung und eine praxisbezogene Unterweisung im Rahmen einer wohnortfernen Vorsorgekur einen nachhaltigen und mehrere Jahre andauernden Nutzen erbringen. Dies ergibt sich sowohl aus der, nur außerhalb des Alltagsgeschehens möglichen, Konzentration auf gesundheitsorientierte Verhaltensweisen als auch aus der Kombination der präventiv wirksamen Therapien in den Einrichtungen der Heilbäder und Kurorte. Um diesen Gesichtspunkten gerecht zu werden, sollten § 23, 2 und § 23,4 SGB V folgende Fassung erhalten:

§ 23 Absatz 2 SGB V

(2) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 nicht aus **oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden, haben Versicherte unter den in Absatz 1 genannten Voraussetzungen Anspruch** auf eine aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten. Die Krankenkassen **gewähren** zu den übrigen Kosten, die Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen, einen Zuschuss von **16 Euro** täglich. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder **ist** der Zuschuss nach Satz 2 **auf 25 Euro zu erhöhen**. 4

§ 23 Absatz 4 SGB V

(4) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, **gewährt** die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht, ….

Begründung:

§ 24, Abs. 1 SGB V **verpflichtet** die Krankenkassen für Mütter und Väter mit Kindern bei Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen eine Mutter- bzw. Vater-Kind-Maßnahme zu gewähren. Angesichts der zunehmenden psychischen Belastungen in der Arbeitswelt und der durch den demografischen Wandel verursachten Zunahme multimorbider Menschen ist es unverständlich, dass für den nicht von § 24 erfassten Personenkreis vergleichbare Vorsorgeleistungen in das Ermessen der Krankenkassen gestellt werden. Unter enger Auslegung der Präventionsrichtlinien des GKV-Spitzenverbandes bleiben sie ihm de facto oftmals vorenthalten. Dies widerspricht dem wirtschaftlichen wie volkswirtschaftlichen Interessen an einer effektiven und effizienten Gesundheitsvorsorge.

Wenn die ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23,3 SGB V und die Behandlung nach § 23,4 SGB V zu Pflichtleistungen der GKV gehören, werden sie zudem Bestandteil des Leistungskatalogs im Basistarif der PKV. Damit muss sich die PKV an der Finanzierung dieser Präventionsleistung beteiligen.

Deutscher Heilbäderverband e.V.

Stellungnahme des Deutschen Heilbäderverbandes e.V.

zum Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention
(Präventionsgesetz – PrävG)

im Rahmen der Referentenanhörung am 26. November 2014

Der Deutsche Heilbäderverband begrüßt die gesetzliche Verankerung der Gesundheitsförderung und Prävention in einem eigenständigen Präventionsgesetz und dabei insbesondere die Stärkung der Vorsorgemaßnahmen in den anerkannten Heilbädern und Kurorten sowie die Berücksichtigung von Antragstellern mit besonderen beruflichen oder familiären Umständen.

Ein Präventionsgesetz sollte möglichst nah am Menschen sein. Hierzu ist es erforderlich, die finanziellen Mittel für die Prävention nicht allein bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu bündeln, sondern die vorgesehene Kooperationen aller Akteure und die Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie auf Länder und kommunaler Ebene zu realisieren.

Heilbäder und Kurorte als eigenes Setting

Die Heilbäder und Kurorte verfügen über jahrhundertelange Erfahrung und haben sich mit ihren ortsgebundenen Heilmitteln und den Naturheilverfahren nach Kneipp, Schroth und Felke zu modernen Gesundheitskompetenzzentren entwickelt. Die Kurortmedizin ist ein hoch komplexes Therapiekonzept mit langer Tradition.

Ein Vorzug von Präventionsmaßnahmen in anerkannten Heilbädern und Kurorten besteht in der langen Entwicklung mit zahlreichen Optimierungen und ein weiterer in der großen Erfahrung in der Anwendung. Kuren führen nachweislich zu Verbesserungen der Regulation zahlreicher Körperfunktionen (funktionelle Adaptation) und zielen darüber hinaus darauf ab, längerfristige Verhaltensänderungen (z. B. Bewegungsverhalten, aktive Krankheitsbewältigung) zu erzielen.

Gerade in einem Präventionsgesetz sollte man auf diese bewährten Strukturen zurückgreifen und damit die Eigenverantwortung der Gäste mit Anreizsystemen ergänzen. Heilbäder und Kurorte sind als eigenes Setting in das Präventionsgesetz mit aufzunehmen.

Stärkung der Prävention

Vor dem Hintergrund, dass 2013 das Ausgabevolumen der Krankenkassen für Präventionsleistungen nach §§ 20 ff. SGB V insgesamt etwa 260 Mio. Euro betrug, ist der Ansatz, dass die Krankenkassen nunmehr rund 500 Mio. Euro in die Gesundheitsvorsorge ihrer Versicherten investieren sollen, der Anfang des Weges in die notwendige Richtung.

Vergleicht man aber, dass die Krankenkassen pro Jahr 3.000 Euro pro Versichertem für Behandlung von Krankheiten ausgeben und nun zukünftig nach § 20 Absatz 6 SGB V (neu) lediglich 3,XX Euro und ab dem Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 7 Euro sowie nach § 5 Absatz 2 SGB XI (neu) 0,30 Euro von Seiten der Pflegekassen für Prävention ausgegeben werden sollen, erscheint dies immer noch als zu wenig.

Der demografische Wandel stellt unsere Gesellschaft vor große Herausforderungen. Die Gesellschaft wird immer älter und der Einzelne muss mit zunehmender Lebensarbeitszeit seine Gesundheit und Arbeitskraft länger erhalten. Es ist daher dringend erforderlich, nachhaltig in Prävention zu investieren.

Nirgendwo sonst als in den Heilbädern und Kurorten in Deutschland werden Prävention und Rehabilitationsangebote in einer solch hohen Therapiedichte und individuell zugeschnitten angeboten.

Gerade für die im Präventionsgesetz in § 20 Absatz 3 SGB V (neu) aufgenommen konkreten Gesundheitsziele sind die Heilbäder und Kurorte mit ihren Angeboten – auch in Form von Kompaktkuren – sehr gut aufgestellt.

Nach den Begriffsbestimmungen „Qualitätsstandards für Heilbäder und Kurorte, Luftkurorte, Erholungsorte – einschließlich der Prädikatisierungsvoraussetzungen – sowie für Heilbrunnen und Heilquellen", die die Grundlage der Kurortgesetzgebung der Länder darstellen, ist der ganzheitliche Ansatz der Kurortmedizin und das in den verschiedenen Methoden gemeinsame Behandlungsprinzip von Ordnung durch Übung ergänzen als systematisierte, methodisch gegliederte Allgemeintherapie übergreifend andere Therapiesysteme in der Medizin. Der kurtypische Wechsel in das gesundheitsdienliche Milieu der Kurorte und die Entlastungssituation der Kur sind eigenständige Therapiefaktoren. Die Entlastung in einem günstigen Milieu fördert eine selbstkritische Hinterfragung der Lebensbalancen und ermöglicht den Menschen oft erst, aus eingefahrenen, krankheitsbahnenden Lebensgewohnheiten durch Einsicht und Übung herauszutreten. Sie erleichtert im Prozess der aktiven Reorganisation von körperlichen, seelischen und sozialen Lebensgleichgewichten während der Kur, neue Lebensstilkonzepte im Rahmen des Gesundheitstrainings in der Kur zu probieren, zu akzeptieren und einzuüben und im Alltag anzuwenden.

Im Bereich der Verhaltensprävention (vgl. § 20 Absatz 4 Nr. 1 SGB V (neu)), die darauf ausgerichtet ist, gesundheitsgefährdende Gewohnheiten zu verändern und gesundheitsgerechte Verhaltensweisen zu fördern, sind die Heilbäder und Kurorte in Deutschland daher ein verlässlicher Partner.

Kuren und Vorsorgeleistungen nach §23 II SGV V müssen Pflichtleistungen der GKV werden

Der Deutsche Heilbäderverband begrüßt, dass die gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten durch die Neuaufnahme von § 1 Satz 2 SGB V und durch die Neufassung von § 20 Absatz 1 Satz 1 SGB V weiter ausgebaut werden soll.

Es ist unbestritten, dass die seit Jahrhunderten in der Bevölkerung allgemeine Bezeichnung „Kur" nach wie vor eine hochwirksame Leistung auf Basis der ortsgebundenen natürlichen Heilmittel, der Heilverfahren und der medizinisch-therapeutischen Kompetenz der Heilbäder und Kurorte im Bereich der Prävention darstellt. Umso unverständlicher ist es, dass die Kostenträger weiterhin so restriktiv mit den Kuranträgen umgehen. Die ambulante Badekur im Sinne des § 23 Absatz 2 SGB V ist über die Jahre vehement zurückgegangen, von ca. 800.000 bundesweiten Fallzahlen in den 80er Jahren auf jetzt rund 60.000 in Deutschland abgerechnete ambulante Vorsorgeleistungen. Dabei ist die ambulante Vorsorgeleistung im anerkannten Kurort ein Paradebeispiel dafür, wie Prävention in jedem Alter mit Unterstützung der Kostenträger und einem hohen Anteil an Eigenbeteiligung der Versicherten funktionieren kann.

Eine dreiwöchige ambulante Vorsorgeleistung im anerkannten Kurort kostet die Krankenkassen im Bundesdurchschnitt etwa 530 Euro. Damit sind die Kosten für Kur- und

Badearzt, der Anteil von 90 Prozent an den Behandlungskosten sowie ein mögliches Tagegeld bis maximal 13 Euro abgegolten. Nachdem diese Maßnahme in der Regel nur alle drei Jahre gewährt wird, fallen für die Kostenträger im Jahr nicht einmal 180 Euro an.

Ein Vielfaches dieser Summe bringt der Versicherte dabei aus seiner eigenen Tasche auf: Fahrtkosten für An- und Abreise, Kosten für Unterkunft und Verpflegung, 10-Prozent-Eigenbeteiligung an den Behandlungskosten und gegebenenfalls Unkosten für Kulturangebot und Freizeitgestaltung. Der letzte Punkt trägt erfahrungsgemäß ebenfalls ganz wesentlich zum Kurerfolg bei.

Wir begrüßen es daher, dass in § 20 Absatz 5 Satz 3 SGB V nunmehr festgehalten wird, dass Beschäftigte im Schichtdienst und pflegende Angehörige auch Angebote wohnortfern in Form einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten wahrnehmen können.

Gerade pflegende Angehörige sind sowohl physisch als auch psychisch besonders gefordert. Damit die Situation nicht zu einer Belastung wird und pflegende Angehörige in der Folge davon erkranken, sollte dem rechtzeitig entgegen gesteuert werden. Innerhalb der Gruppe der Pflegenden verdienen die Angehörigen besondere Aufmerksamkeit. Zwei Drittel aller Pflegebedürftigen werden von ihren Angehörigen gepflegt. Sie sind daher für unser Solidarsystem von herausragender Bedeutung. Kur und Prävention verhindern Krankheiten und erhalten Lebenskraft. Lebenskraft, die gerade für pflegende Angehörige in ihrer besonderen Situation so wichtig ist. Indem wir den pflegenden Angehörigen die Kur ermöglichen, investieren wir in Gesundheit und finanzieren nicht Krankheit. Unsere Heilbäder und Kurorte halten bereits besondere Angebote für pflegende Angehörige vor.

Angesichts des Milieuwechsels haben sich die ambulanten Vorsorgeleistungen für alle Bevölkerungsgruppen als nachhaltig wirksam erwiesen. Daher sollte der angesprochene Personenkreis nicht eingeengt werden.

Aufgrund der zuvor angeführten neu gefassten Paragrafen mit dem Ziel, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken, und der dargestellten Argumentation ist es logische Konsequenz, dass die ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 und Absatz 4 SGB V von einer Kann-Leistung in eine Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenkassen umzuwandeln sind. Nur so kann <u>jeder</u> Versicherte dazu angehalten werden, selbst seine Gesundheit in die Hand zu nehmen und die Eigenkompetenz der Versicherten gesamtgesellschaftlich ausgebaut werden.

Dies schließt mit ein, dass im neu gefassten § 25 Absatz 1 SGB V ebenfalls in Satz 4 ein Hinweis auf die Möglichkeit einer ambulanten Vorsorgeleistung nach § 23 Absatz 2 und Absatz 4 SGB V aufzunehmen ist. Denn nur so sind die ambulante Vorsorgeleistung nicht nur für die Menschen im Schichtdienst und pflegende Angehörige sondern für alle nach § 65 Absatz 1 SGB V (neu) bonusfähig.

Auch die Erhöhung der Obergrenze des Zuschusses für ambulante Vorsorgeleistungen von bisher 13 Euro auf bis zu 16 Euro, bzw. für chronisch kranke Kleinkinder von bisher 21 Euro auf 25 Euro greift zu kurz, da es nach wie vor im Ermessen der Krankenkassen liegt, in welcher Höhe der Zuschuss in diesem Rahmen überhaupt ausgeschöpft wird. Ein solcher Zuschuss sollte daher im Zusammenhang einer ambulanten Vorsorgeleistung als Pflichtleistung in der vollen Höhe verpflichtend gezahlt werden. Nur so ist dies ein wirksamer Anreiz.

Vereinfachung des Antrags- und Genehmigungsverfahrens in der GKV

Die verordneten Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sind seit Jahren rückläufig. Das komplizierte Antrags- und Genehmigungsverfahren in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist mit ein Grund dafür. Um das Antrags- und Genehmigungsverfahren zu vereinfachen, sollten alle Haus- und Fachärzte grundsätzlich qualifiziert sein, die Anträge zu stellen. Nur sie kennen ihre Patienten. Nicht nur die Verordnung der Maßnahme an sich, sondern auch die Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen stellt eine große Hürde dar. Jeder behandelnde Arzt sollte daher unmittelbar mit dem Antrag des Versicherten einen Befundbericht einreichen können, auf dessen Grundlage die Kur bewilligt wird.

Antrags- und Genehmigungsverhalten der Krankenkassen transparent gestalten

Es müssen verlässliche Statistiken über das Antrags- und Genehmigungsverhalten geführt werden. So besteht eine große Differenz zwischen den zentral für Deutschland bei der kurärztlichen Verwaltungsstelle, die bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe angesiedelt ist, abgerechneten sogenannten „Kurarztscheinen“ und der von den Krankenkassen dem Bundesgesundheitsministerium gemeldeten Zahl der tatsächlich von den Kassen nach § 23 Absatz 2 SGB V teilfinanzierten Kuren. Für das Jahr 2013 weist die Statistik eine Differenz von 48.840 Maßnahmen auf, die zwar bewilligt, aber nicht in Deutschland abgerechnet wurden.

Stärkung der Kur- und Badeärzte

In den nächsten fünf Jahren werden aufgrund der Altersstruktur 505 von 876 (Stand Okt. 2014) Kur- und Badeärzte ihre kurärztliche Tätigkeit beenden - mit essentiellen Auswirkungen auf das Heilbad bzw. den Kurort. Um den ärztlichen Nachwuchs zu fördern, müsste die Weiterbildung zum Kur- oder Badearzt aufgewertet werden und entsprechende Anreize gesetzt werden. Im Zusammenhang mit der Attraktivitätssteigerung des auf dem Land tätigen Allgemeinmediziners sollten die Kur- und Badeärzte in eine gemeinsame Strategie mit aufgenommen werden. Denn klassischerweise liegen die Heilbäder und Kurorte im ländlichen Raum. Den Allgemeinmedizinern kommt dabei eine besondere Verantwortung zu, die sie in ihrer Funktion als Lotsen im Gesundheitswesen zum Wohl der Patienten haben. Dies sollte ebenfalls im Präventionsgesetz deutlich gemacht werden.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Dass Menschen länger fit und gesund bleiben, um ihren Beruf auch bis zur Rente ausüben zu können, ist eine der größten Herausforderungen des demografischen Wandels. Vor allem Volkskrankheiten wie Rückenleiden, Diabetes, Herzinfarkte, Schlaganfälle oder psychosomatische Erkrankungen und Burnout könnten mit der richtigen Vorsorge oftmals vermieden werden, oder es könnte den Betroffenen geholfen werden, damit weiter zu arbeiten. Mit Blick auf den Fachkräftemangel und immer älter werdende Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer müssen Unternehmen mehr in die Prävention investieren. Damit sich die

Unternehmen mehr um die Gesundheit ihrer Beschäftigten kümmern, sollten jene Unternehmen eine Abgabe zahlen, die zu wenig in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter investieren. Indikator könnten die Zugänge von Beschäftigten eines Betriebs in die Erwerbsminderungsrente sein. Die Einrichtungen in den Heilbädern und Kurorten sind bestens geeignet auch die kleinen und mittleren Unternehmen beim Erfüllen der gesundheitlichen Präventionsaufgabe zu unterstützen.

Prävention und Rehabilitation vor Pflege

Da die Pflegeversicherung kein Rehabilitationsträger ist, ergeben sich für die GKV verminderte Anreize, Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu finanzieren. Die Krankenkasse müsste Mehrausgaben für eine Rehabilitationsmaßnahme zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit also aus dem eigenen Budget tragen, wohingegen Pflegeausgaben über alle Kassen ausgeglichen werden.

Wir begrüßen daher, dass mit der Neufassung des § 5 SGB XI die Pflegekassen mit in die Prävention einbezogen und finanziell an den Kosten beteiligt werden.

Da Pflegebedürftigkeit meist gekoppelt mit chronischen Erkrankungen bzw. Multimorbidität auftritt, bedarf es aber mindestens eines noch weitergehenden Ausgleichsmechanismuses, wenn nicht gar der Integration von Pflege- und Krankenversicherung, um den Stellenwert des Grundsatzes „Prävention von Reha und Reha vor Pflege“ zu verbessern. Oberstes Ziel sollte jedoch sein, Pflegebedürftigkeit gänzlich zu vermeiden bzw. diese möglichst lange hinauszuzögern, so dass noch vor der Reha verstärkt auf die Prävention zu setzen ist.

Berlin, 17.04.2015
Vorsitzender des Ausschusses für Sozialrecht des
Deutschen Heilbäderverbandes e.V.
Senator e.h. Prof. Rudolf Forcher

Kontakt:

Rolf von Bloh, Geschäftsführer, Deutschen Heilbäderverbandes e.V., Charlottenstr. 13.10969 Berlin, Tel.: 030 246 369 211, E-Mail: rolf.vonbloh@dhv-berlin.de

Anneke Güttler, Referentin für Grundsatzangelegenheiten und Politik, Deutschen Heilbäderverbandes e.V., Charlottenstr. 13.10969 Berlin, Tel.: 030 246 369 214, E-Mail: anneke.guettler@dhv-berlin.de

Website:
www.deutscher-heilbaederverband.de

Informationen rund um das Thema Kur:
www.die-neue-kur.de
www.praevention-im-kurort.de
www.wellness-im-kurort.de
www.park-im-kurort.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(31)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
21.04.2015

DIHK

STELLUNGNAHME

Berlin, 20. April 2015

Deutscher Industrie- und Handelskammertag

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG), Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 11.03.2015

Grundsätzliches

Angesichts des demografischen Wandels und der damit verbundenen Veränderungen, wie längeren Lebensarbeitszeiten und zunehmender Chronifizierung von Erkrankungen, ist die Zielsetzung des vorliegenden Gesetzentwurfs richtig, unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger sowie der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung, die Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken, die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterzuentwickeln und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz zu verbessern.

Wird Prävention auch auf die Betriebe und die dort – trotz zahlreicher bestehender Aktivitäten – noch vorhandenen Potenziale der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) fokussiert, gewinnt diese auch mit Blick auf die Notwendigkeit längerer Lebensarbeitszeiten und den zunehmenden Fachkräftemangel an Gewicht. Betriebliche Gesundheitsförderung kann einen Beitrag zur körperlichen wie psychischen Gesundheit leisten und damit auch zu verbesserter Lebensqualität und verlängerter Erwerbsfähigkeit der Beschäftigten beitragen. Darüber hinaus kann sie als personalpolitisches Instrument die Gewinnung von Mitarbeitern erleichtern. Unabhängig davon stellt Verhaltensprävention einen sehr individuellen Bereich dar, dessen wesentlichen Erfolgsfaktor der Wille und das Engagement jedes Einzelnen darstellt. Deshalb liegt die Verantwortung für gesundheitliche Prävention primär in der persönlichen Verantwortung jedes Einzelnen. Betriebe können dabei für ihre Mitarbeiter Anreize zur Prävention setzen. Die Freiwilligkeit des Angebotes betrieblicher Gesundheitsförderung ist daher aus Sicht der IHK-Organisation von großer Bedeutung.

Der vorliegende Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention versucht einigen dieser Herausforderungen Rechnung zu tragen. Wichtige Aspekte betreffen aus Sicht der Wirtschaft die folgenden Pläne:

- Die Krankenkassen sollen verpflichtet werden, durchschnittlich je Versichertem mindestens zwei Euro jährlich für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung aufzuwenden.

DIHK | Deutscher Industrie- und Handelskammertag e.V.
Registriernummer des DIHK im Register der Europäischen Kommission: 22400601191-42
Breite Straße 29 | 10178 Berlin-Mitte | Telefon ++49-(0)30-20308-0 | Fax ++49-(0)30-20308-1000
E-Mail Berlin: infocenter@dihk.de | E-Mail Brüssel: dihk@bruessel.dihk.de | Internet: www.dihk.de

- Die Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sollen nach einem einheitlichen Verfahren durch die Krankenkassen zertifiziert werden.
- Sowohl Arbeitgebern als auch Versicherten sollen für die Teilnahme an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung Boni gewährt werden.
- Die Krankenkassen sollen Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung insbesondere zu Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anbieten. Diese Koordinierungsstellen sollen durch Krankenkassen getragen und in Zusammenarbeit mit regionalen Unternehmensverbünden, wie den Industrie- und Handelskammern, organisiert werden.

Die Ansätze zielen auf eine richtige Grundidee. Für die konkrete weitere Umsetzung kommt es im Wesentlichen darauf an, darauf zu achten, die Zielerreichung nicht durch eine übermäßige Bürokratie zu gefährden und sicherzustellen, dass die erheblichen zusätzlichen finanziellen Mittel effektiv und effizient eingesetzt werden. Auch sollte stärkere Berücksichtigung finden, dass die Tendenz bei den Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung vermehrt dahin geht, individuelle, maximal berufsgruppenbezogene Angebote zu erbringen. Zudem sollte die Vielzahl der Leistungserbringer im Bereich Prävention im Gesetz benannt werden.

Zu den Regelungen im Einzelnen

Regelung: Mindestbeitrag für Leistungen zur BGF (§ 20 Abs. 6 SGB V)
Der Richtwert der Ausgaben der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung je Versichertem wird von derzeit 3,17 Euro auf 7,00 Euro ab dem Jahr 2016 mehr als verdoppelt. Davon haben die Krankenkassen zur Stärkung der Gesundheitsförderung im Betrieb einen Mindestbetrag von jährlich zwei Euro je Versichertem für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung aufzuwenden.

DIHK-Bewertung:
Der Ansatz, dass Arbeitnehmern, unabhängig von der Wahl ihrer Krankenkasse, ein gewisser Mindestumfang an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu Teil werden soll, ist nachvollziehbar.

Die Regelung bewirkt aber höhere GKV-Ausgaben für Präventionsleistungen. Diese zusätzlichen Ausgaben müssen von den Beitragszahlern, also GKV-Mitgliedern und Betrieben, finanziert werden.

DIHK | Deutscher Industrie- und Handelskammertag e. V.
Registriernummer des DIHK im Register der Europäischen Kommission: 22400601191-42
Breite Straße 29 | 10178 Berlin-Mitte | Telefon ++49-(0)30-20308-0 | Fax ++49-(0)30-20308-1000
E-Mail Berlin: infocenter@dihk.de | E-Mail Brüssel: dihk@bruessel.dihk.de | Internet: www.dihk.de

Da erfolgreiche Präventionsmaßnahmen auch gesamtwirtschaftlich positive Auswirkungen entfalten, könnte auch eine (teilweise) Steuerfinanzierung etwaiger zusätzlicher Präventionsmaßnahmen in Betracht gezogen werden.

Dies entbindet allerdings nicht von den Notwendigkeiten, einerseits genau zu prüfen, welche Maßnahmen tatsächlich erforderlich sind, sowie andererseits den zusätzlichen finanziellen Mittelbedarf solide zu kalkulieren.

Den zusätzlichen finanziellen Mittelbedarf betreffend sind im Gesetzentwurf zwar die Mehrausgaben der GKV genannt, die durch die Erhöhung des Richtwerts der GKV-Ausgaben für Prävention anfallen. Jedoch entstehen durch das Gesetz weitere Kosten bzw. weiterer Erfüllungsaufwand, für die eine konkrete Schätzung fehlt. Beispiele hierfür sind Maßnahmen wie die Mitwirkung im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie, die Teilnahme an den Sitzungen der Nationalen Präventionskonferenz, deren Nutzen noch umfassender nachgewiesen werden sollte, die Erstellung der Präventionsberichte und die Finanzierung der regionalen Koordinierungsstellen. Der Gesamtaufwand wird also nicht abschließend beziffert. Insgesamt sind die zu erwartenden Ausgaben, die mit diesem Gesetz verknüpft sind, mit Unsicherheiten behaftet. Ebenso wird keine Finanzierungsquelle benannt, eine solide Gegenfinanzierung fehlt. Die Bundesregierung rechnet damit, dass durch verbesserte und umfangreichere Präventionsleistungen mittel- bis langfristig Gesundheitsausgaben verringert werden können. Selbst wenn dieser Wirkungszusammenhang besteht, der für betriebliche Gesundheitsförderung weniger umstritten ist als für Präventionsmaßnahmen allgemein, stellen sich die Minderausgaben jedoch erst mit einer gewissen, relativ langen Zeitverzögerung ein. Um deshalb aktuelle Mehrausgaben zu begrenzen, die höhere GKV-Beiträge und damit Belastungen der Beitragszahler bedeuten, sollten im Gesetz an anderer Stelle im Gesundheitssystem effizienzsteigernde Weiterentwicklungen der Versorgungsstrukturen erfolgen.

Positiv ist, dass der Mindestbeitrag für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung von den einzelnen Kassen überschritten werden kann. Dadurch bleibt der Umfang an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, den die jeweilige Krankenkasse ihren Versicherten anbietet, als Wettbewerbsparameter im Kassenwettbewerb um Versicherte erhalten. Dies ist von Bedeutung, weil der Kassenwettbewerb qualitäts- und effizienzfördernd wirkt, so dass davon dämpfende Wirkungen auf die GKV-Ausgaben und damit auf die Belastung der Beitragszahler ausgehen können.

DIHK | Deutscher Industrie- und Handelskammertag e. V.
Registriernummer des DIHK im Register der Europäischen Kommission: 22400601191-42
Breite Straße 29 | 10178 Berlin-Mitte | Telefon ++49-(0)30-20308-0 | Fax ++49-(0)30-20308-1000
E-Mail Berlin: infocenter@dihk.de | E-Mail Brüssel: dihk@bruessel.dihk.de | Internet: www.dihk.de

Berlin, 20. April 2015

Regelung: Zertifizierung der GKV-Leistungsangebote (§ 20 Abs. 2 SGB V) für BGF (§ 20b Abs. 1 SGB V)

Der GKV-Spitzenverband bestimmt die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen auch zur betrieblichen Gesundheitsförderung sicherzustellen. Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung können nur dann erbracht werden, wenn deren Qualität in einem entsprechenden Verfahren von einer Krankenkasse oder von einem in ihrem Namen mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten zertifiziert wurde.

DIHK-Bewertung:

Die Regelung und das damit verfolgte Ziel sind nachvollziehbar. Denn eine Erhöhung von Ausgaben bewirkt nicht automatisch ein besseres Ergebnis. Vielmehr kommt es auf Wirtschaftlichkeit des zusätzlichen Mitteleinsatzes und damit auf den erzielbaren Nutzen an. In Bezug auf betriebliche Gesundheitsförderung ist entscheidend, welche Maßnahmen letztendlich aus den zusätzlichen GKV-Mitteln finanziert werden. Grundsätzlich kann eine gewisse Qualitätssicherung für verpflichtend zu leistende Mindestausgaben eine Methode darstellen, um einer ineffizienten Verausgabung von Geldern zu begegnen.

Positiv ist zu bewerten, dass dadurch, dass der GKV-Spitzenverband die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen vorgibt, einheitliche Rahmenbedingungen über alle Krankenkassen hinweg entstehen. Das erhöht die Transparenz für die Betriebe.

Bei der Umsetzung gilt es darauf zu achten, dass durch die Regelung bei den Betrieben keine zusätzlichen bürokratischen Lasten entstehen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass zusätzliche Verwaltungskosten die Maßnahmen unwirtschaftlich werden lassen, insbesondere bei betriebsindividuell gestalteten Maßnahmen. In der Folge könnten diese zurückgefahren werden oder Betriebe, die gerade erst in die Thematik einsteigen, Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung gar nicht angehen. Solche individuellen Ansätze sind insbesondere bei KMU anzutreffen. Folglich kann ein zu aufwendiges Zertifizierungsverfahren der Intention des Gesetzes, Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung auch in KMU zu stärken, entgegenwirken. Eventuell könnte darüber nachgedacht werden, Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, die von den Betrieben selbst erbracht werden, von der Zertifizierung auszunehmen, d. h. nur Leistungen externer Dienstleister zu zertifizieren.

Außerdem entsteht für Unternehmen, die sich darauf spezialisiert haben, betriebliche Gesundheitsförderung anzubieten, durch die Zertifizierung ein bürokratischer Aufwand. Dieser kann ihnen den

Marktzutritt erschweren, besonders weil diese Anbieter häufig Kleinstunternehmen sind. Prinzipiell muss für alle Gesundheitsdienstleister die Chance bestehen, die Qualitätskriterien erfüllen zu können. Insbesondere sind finanzielle Barrieren in Form der Zertifizierungskosten zu vermeiden.

Insgesamt ist deshalb eine möglichst bürokratiearme, kostengünstige Zertifizierung mit klaren und transparenten Regeln anzustreben. Dazu sind bestehende Angebote in diesem Bereich aufzugreifen, wie beispielsweise das Prüfsiegel „Deutscher Standard Prävention".

Regelung: Soll-Regelung für Bonusleistungen für BGF-Maßnahmen (§ 65a Abs. 2)
Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei zertifizierten Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten. Damit soll die existierende „Kann-Regelung" in eine „Soll-Regelung" geändert werden, womit jede Krankenkasse verpflichtet wird, in ihrer Satzung Boni als Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Versicherten vorzusehen.

DIHK-Bewertung:
Untersuchungen haben gezeigt, dass finanzielle Anreize das Gesundheitsverhalten der Bürger – zumindest vorübergehend – beeinflussen können. Ein Bonus für Verhalten, das belohnt werden soll, erzielt in der Regel eine längere Wirkung als eine Strafzahlung bei Verhalten, das vermieden werden soll. Eine längerfristige Wirkung erzielen Boni jedoch nur dann, wenn sich dem Betroffenen der Sinn hinter den Maßnahmen erschließt und dadurch eine dauerhafte Verhaltensänderung erzielt wird.

Die Überführung der diesbezüglichen „Kann-„ in eine „Soll-Regelung" kann einen Anreiz für Betriebe bieten, sich noch intensiver mit dem Thema betriebliche Gesundheitsförderung auseinanderzusetzen und die diesbezüglichen Aktivitäten weiter zu erhöhen. Jedoch existiert mit der Möglichkeit eines Steuerfreibetrages für betriebliche Gesundheitsförderung (500 Euro pro Mitarbeiter und Jahr laut § 3 Nr. 34 EStG) schon heute ein diesbezügliches Anreizinstrument für Unternehmen. Bei Umsetzung der o. g. Regelungen sollte daher darauf geachtet werden, dass die Wirksamkeit des bestehenden Instruments nicht beschnitten wird. Vielmehr sollten alle Maßnahmen verstärkend in dieselbe Richtung zielen.

Des Weiteren ist darauf zu achten, dass auch die Gewährung dieses Bonus möglichst einfach, transparent und damit unbürokratisch für die Betriebe erfolgt. Beispielweise wird der Steuerfreibetrag für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung je Mitarbeiter bislang häufig wegen

DIHK | Deutscher Industrie- und Handelskammertag e. V.
Registriernummer des DIHK im Register der Europäischen Kommission: 22400601191-42
Breite Straße 29 | 10178 Berlin-Mitte | Telefon ++49-(0)30-20308-0 | Fax ++49-(0)30-20308-1000
E-Mail Berlin: infocenter@dihk.de | E-Mail Brüssel: dihk@bruessel.dihk.de | Internet: www.dihk.de

des damit verbundenen Verwaltungsaufwands für die Betriebe von diesen nicht in Anspruch genommen.

Positiv ist zu bewerten, dass mit der geplanten Zertifizierung der Präventionsangebote die aufwändige Einzelfallprüfung durch das Finanzamt entfallen kann.

Da jeder Kasse die Höhe des gewährten Bonus freisteht, kann hierdurch ein weiterer Wettbewerbsparameter für den qualitäts- und effizienzsteigernden Wettbewerb der Kassen um Versicherte hinzukommen und so dämpfend auf die Beitragshöhe und damit auf die finanzielle Belastung der Beitragszahler wirken.

Allgemein gilt, dass die zu erwartende Steuerungswirkung eines pauschalen, d. h. vom Einkommen und Vermögen des jeweiligen Individuums unabhängigen, Bonus mit steigenden finanziellen Möglichkeiten des Individuums abnimmt. Bei Versicherten mit hohem Einkommen ist deshalb die zu erwartende Steuerungswirkung des Bonus gering. In der Regel besitzen diese Personen ein überdurchschnittliches Gesundheitsbewusstsein und nehmen auch deswegen bereits heute überdurchschnittlich häufig an BGF-Maßnahmen teil. Folglich sind in den höheren Einkommensgruppen Mitnahmeeffekte zu erwarten, also zusätzliche GKV-Ausgaben, denen keine Verhaltensänderung gegenübersteht. Möglicherweise überwiegen die Mitnahmeeffekte eines Bonus die damit erzielten Minderausgaben in Folge von Steuerungswirkungen, wie dies beispielsweise die Erfahrung mit Beitragsrückerstattungsmöglichkeiten in der GKV gezeigt hat. Wenn die Steuerungswirkungen die Mitnahmeeffekte nicht überkompensieren, resultieren letztendlich ineffizient hohe Beitragszahlungen und damit Belastungen der Beitragszahler, also der GKV-Mitglieder und der Betriebe. Deshalb sollten Ansätze geprüft werden, um Mitnahmeeffekte zu begrenzen.

Es ist nicht auszuschließen, dass die Versicherten ihren Bonus für potenziell gesundheitsschädigendes Verhalten verkonsumieren, wie beispielweise Zigaretten oder Alkohol. Dies ließe sich vermeiden, wenn der Bonus nicht zur vollständig freien Verfügung ausgezahlt wird, sondern als Sachleistung gewährt oder einem individuellen Gesundheitssparkonto des Versicherten gutgeschrieben wird. Mit diesem Gesundheitssparkonto, das durch private Finanzdienstleister verwaltet werden könnte, würde ein Kapitaldeckungselement mit individuellem Verfügungsrecht auch in der GKV eingeführt werden, wie es bei der Riester-Rente bereits in der Altersvorsorge besteht. Die Versicherten würden dann ihr Gesundheitssparkontoguthaben heranziehen, um Zuzahlungen, wirtschaftliche Aufzahlungen oder Selbstzahlerleistungen zu finanzieren.

Der Bonus setzt tendenziell stärker bei der Verhaltensprävention an. Um ein zielführendes Gesamtkonzept zu erarbeiten, sollten auch noch Elemente der Verhältnisprävention einbezogen werden.

Regelung: Gemeinsame regionale Koordinierungsstellen (§ 20b Abs. 3 und 4 SGB V)
Die Krankenkassen sollen Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anbieten. Diese Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information über Leistungen zum Aufbau und zur Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen und die Klärung, welche Krankenkasse diese Leistungen im Einzelfall im Betrieb erbringt. Örtliche Unternehmensorganisationen – in der Gesetzesbegründung werden auch die Industrie- und Handelskammern genannt – sollen an der Beratung beteiligt werden. Das Nähere über Aufgaben, Arbeitsweise und Finanzierung der Koordinierungsstellen sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam regeln.

Unterschreitet eine Kasse mit ihren jährlichen Ausgaben den vorgegebenen Betrag für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, muss die Kasse den Differenzbetrag dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung stellen. Daraus sollen die regionalen Koordinierungsstellen finanziert werden.

DIHK-Bewertung:
Die Grundidee ist richtig, die Betriebe auf regionaler Ebene durch eine gut erreichbare Koordinierungsstelle anzusprechen und zu unterstützen, ihnen Informationen und Ansprechpartner für spezifische Fragen anzubieten. Durch diese anbieterneutral, d. h. unabhängig zu gestaltende Stelle, die damit eine Lotsenfunktion übernimmt, könnte insbesondere für KMU der Zugang zu BGF-Maßnahmen vereinfacht werden. Denn bei KMU besteht zum Teil noch ein gewisser Informationsbedarf und damit das größte Entwicklungspotenzial. Denn KMU verfügen oft nicht über ausreichende personelle und finanzielle Möglichkeiten, eine eigene Struktur für BGF-Maßnahmen aufzubauen. Bei entsprechender Gestaltung könnten die regionalen Koordinierungsstellen dies zumindest teilweise kompensieren und einen individuellen, einfachen Ansatz bieten, um die weitere Verbreitung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu unterstützen.

Die Koordinierungsstelle sollte die Betriebe bei der Auswahl von geeigneten Maßnahmen und Anbietern unterstützen und so die Markttransparenz erhöhen. Aus Gründen der Einfachheit sollte die Koordinierungsstelle in der Beratung unmittelbar – und damit nicht mittelbar über die Krankenkassen – auf die Liste der zertifizierten Anbieter zurückgreifen und diese aufzeigen können. Zudem kann die Stelle die Vernetzung von Unternehmen fördern, wenn diese Maßnahmen gemeinsam realisieren möchten, weil dies aus Kapazitätsgründen die Wirtschaftlichkeit erhöht.

DIHK | Deutscher Industrie- und Handelskammertag e. V.
Registriernummer des DIHK im Register der Europäischen Kommission: 22400601191-42
Breite Straße 29 | 10178 Berlin-Mitte | Telefon ++49-(0)30-20308-0 | Fax ++49-(0)30-20308-1000
E-Mail Berlin: infocenter@dihk.de | E-Mail Brüssel: dihk@bruessel.dihk.de | Internet: www.dihk.de

Auch die Zusammenarbeit von Krankenkassen und Organisationen wie den Industrie- und Handelskammern eröffnet sinnvolle Möglichkeiten, nicht zuletzt weil Letztere als Multiplikator und Kontaktstellen eingebunden werden und so dazu beitragen können, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit der Angebote zu erhöhen.

Für das Konzept gilt es noch Details zielgerichtet auszugestalten. Dies betrifft beispielsweise eine Definition von Art und Umfang einer möglichen Beratungstätigkeit. Beispielsweise ist zu klären, ob regionale Unternehmen, wie etwa Gesundheitszentren, die im Bereich der Prävention Dienstleistungen anbieten, die Möglichkeit zur Beteiligung bekommen sollen. Weiteren Klärungsbedarf sieht die IHK-Organisation bei der Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen den regionalen unternehmensnahen Organisationen und den Krankenkassen: Mit welchen bzw. mit wie vielen Krankenkassen kann eine Kooperation stattfinden und nach welchen Kriterien? Wie soll diese Zusammenarbeit konkret ausgestaltet werden, welche Beteiligten haben welche Aufgaben und wer legt die Verteilung fest? Und werden weitere Akteure, wie z. B. die Rentenversicherung und die Berufsgenossenschaften, ebenfalls einbezogen?

Weiterhin ist insbesondere zu klären, wie die regionalen Stellen eine nachhaltige Beratung anbieten können, wenn ihre Finanzierung auch davon abhängt, ob die Krankenkassen ihre jährlichen Budgets für Prävention ausschöpfen oder nicht, also aus Restmitteln erfolgen soll. Das Gesetz sollte diesbezüglich vielmehr darauf hinwirken, dass die für Prävention bereitgestellten Mittel im eigentlichen Sinn Verwendung finden, damit perspektivisch die Verlagerung des Schwerpunktes in der Gesundheit von der kurativen Medizin auf die Prävention tatsächlich vollzogen wird. Hier gesetzlich festgeschrieben eine „Hintertür“ für nicht verwendete Mittel zu schaffen, erscheint eher kontraproduktiv.

Die Industrie- und Handelskammern sind– so die obigen Details zielführend geklärt werden – in der Lage, als regionaler Multiplikator und Ansprechpartner zu fungieren. Schon heute sind sie im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung in zunehmendem Maße aktiv. Sie bieten – regional und je nach Branchenstruktur der jeweiligen IHK-Bezirke unterschiedlich ausgeprägt – Plattformen, wie beispielsweise Informationsveranstaltungen, Workshops oder Arbeitsgruppen zur Vernetzung der Betriebe untereinander und mit anderen Akteuren, wie etwa den gesetzlichen Kranken- und Unfallkassen, Dienstleistern oder Wissenschaftlern. Industrie- und Handelskammern sind damit Anlaufstelle für erste Informationen, sie können die Vernetzung fördern und wichtige Ansprechpartner vermitteln. Tiefergehende inhaltliche Beratung einzelner Betriebe können sie in der Regel nicht leisten und sehen dies auch nicht als ihre Aufgabe an.

DIHK | Deutscher Industrie- und Handelskammertag e. V.
Registriernummer des DIHK im Register der Europäischen Kommission: 22400601191-42
Breite Straße 29 | 10178 Berlin-Mitte | Telefon ++49-(0)30-20308-0 | Fax ++49-(0)30-20308-1000
E-Mail Berlin: infocenter@dihk.de | E-Mail Brüssel: dihk@bruessel.dihk.de | Internet: www.dihk.de

Positiv zu bewerten ist außerdem, dass für die Einrichtung dieser regionalen Koordinierungsstellen auf bestehende Strukturen zurückgegriffen wird. Denn dadurch können ineffiziente Doppelstrukturen vermieden werden und damit ineffiziente GKV-Ausgaben, die andernfalls die Beitragszahler belasten würden. Zudem werden dadurch bereits vorhandene Erfahrungen dieser Stellen genutzt.

Insgesamt stellen die Industrie- und Handelskammern die richtigen Ansprechpartner dar, wenn auf freiwilliger Basis regionale Kooperationen geschaffen werden sollen. Dabei muss insbesondere die mittel- und langfristige Finanzierung der Stellen geklärt werden.

Regelung: Beteiligung der Betriebsärzte (§ 20b Abs. 1)
Das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz wird verbessert, beispielsweise indem die Beteiligung der Betriebsärzte als Berater der Verantwortlichen im Betrieb ausdrücklich klargestellt wird. Dadurch wird es verbindlich, die Kompetenz der Betriebsärzte zu nutzen, indem sie an der Ausführung von Leistungen zur BGF beteiligt werden.

DIHK-Bewertung:
Es ist sinnvoll, medizinische Kompetenz, die durch die Betriebsärzte vorhanden ist, auch für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu nutzen. Dabei gilt es allerdings darauf zu achten, dass die Grenzen zwischen Arbeitsschutz als verpflichtende Leistung und BGF als freiwillige Leistung klar erkennbar bleiben. Die Umsetzung wird außerdem dadurch erschwert, dass in ländlichen Regionen die Zahl der KMU die Kapazitäten der vorhandenen Betriebsärzte bei Weitem übersteigt. Zudem sollten Betriebsärzte nur insoweit einzubeziehen sein, wie daraus keine höheren Kosten für die Betriebe entstehen.

Regelung: Nationale Präventionsstrategie (§ 20d SGB V)
Die Krankenkassen sollen zusammen mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie entwickeln und deren Umsetzung und Fortschreibung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz gewährleisten.

DIHK-Bewertung:
Der Referentenentwurf sieht richtigerweise vor, dass die Krankenkassen verschiedene Sozialversicherungsträger an der Entwicklung und Fortschreibung der Nationalen Präventionsstrategie beteiligen. Es sollte geprüft werden, ob weitere Sozialversicherungsträger verpflichtend beteiligt werden könnten. Mit einer finanziellen Beteiligung sollte in jedem Fall ein Mitbestimmungsrecht verbunden sein. In die Erarbeitung einer Nationalen Präventionsstrategie sollten außerdem die Vertreter der Apothekerschaft sowie weitere Leistungserbringer im Bereich der Prävention eingebunden werden.

Abschließende Bemerkung
Das Ziel verstärkter Prävention und auch einer größeren Verbreitung betrieblicher Gesundheitsförderung ist sinnvoll. Dabei ist auf eine gezielte Verwendung zusätzlicher Mittel zu achten. Insbesondere mit Blick auf die verstärkte Ansprache von Unternehmen und gerade aufgrund knapper Ressourcen bei kleinen und mittleren Unternehmen, ist bei der Umsetzung darauf zu achten, dass bestehende Aktivitäten gebündelt und Doppelstrukturen vermieden werden. Auch sind die Bürokratiekosten für die Betriebe möglichst gering zu halten.

Ansprechpartner im DIHK:
Stefanie Koenig
E-Mail: koenig.stefanie@dihk.de
Tel.: 030 / 20308 – 1622
Fax: 030 / 20308 – 51622

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(14)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
17.04.2015

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention

(Gesetzentwurf der Bundesregierung: Drucksache 18/4282; Stand: 11. März 2015)

Stellungnahme des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB)

Vorbemerkung

Der DOSB befürwortet ausdrücklich die vorgelegten gesetzlichen Regelungen zur Gesundheitsförderung und Prävention und stellt fest, dass Bewegung und Sport wichtige Bestandteile des vorliegenden Entwurfes sind. Es ist wissenschaftlich unbestritten, dass ausreichend Bewegung und Sport unverzichtbare Elemente einer umfassenden gesundheitlichen Vorsorge und einer wirksamen Präventionsarbeit darstellen und dass hier die Sportbewegung unter dem Dach des DOSB bis hin zu den örtlichen Turn- und Sportvereine wichtige und unverzichtbare Leistungen erbringen. Dies gilt insbesondere für Menschen mit oder mit drohender Behinderung und für sozial Benachteiligte.

1. Primäre Prävention und Gesundheitsförderung (neu: § 20(3))

Der DOSB begrüßt, dass nun die Nationalen Gesundheitsziele die Basis für ein strukturiertes und zielorientiertes Vorgehen auf Bundes- und Länderebene bilden.

Kommentar: Der organisierte Sport kann seine bewegungsspezifischen Kompetenzen angesichts seiner Erfahrungen im Rahmen vielfältiger Projekte, Maßnahmen, Kampagnen etc. in alle Zielbereiche lohnend einbringen. Die Kernkompetenzen des organisierten Sports liegen unterdessen in Punkt 4 „Gesund aufwachsen“ und Punkt 7 „Gesund älter werden“. Durch die Mitarbeit des DOSB im Kooperationsverbund gesundheitsziele.de ist eine Identifikation mit den obigen Gesundheitszielen gegeben. Der DOSB stellt neben seiner Expertise in der Bewegungsförderung auch seine Strukturen und Erfahrungen (u.a. im Rahmen der Bundesinitiative Sturzprävention) zur weiteren Ausgestaltung und Umsetzung der Zielsetzungen gerne zur Verfügung.

Auch zu den Punkten 1 „Diabetes“, 2 „Brustkrebs“ und 5 „Gesundheitliche Kompetenzen erhöhen“ gibt es entsprechende Programme im organisierten Sport.

2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (neu: § 20a(1))

Der DOSB begrüßt die intensivierte Förderung innerhalb der Lebenswelten, um dort eine nachhaltige und qualitätsgesicherte Gesundheitsförderung und Prävention zu gewährleisten.

Änderungsvorschlag: Die in § 20a(1) aufgeführte Liste von Lebenswelten (Gesetzestext, Seite 8: *“[…] insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, […] sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“*) ist durch die Lebenswelt „Sportverein“ zu präzisieren. Denn Sportvereine sind starke Kooperationspartner in kommunalen Settingansätzen. Die große Bedeutung von Bewegung und Sport für die Gesundheitsförderung und Prävention ist unumstritten. Darauf aufbauend wurden in den letzten 15 Jahren mit SPORT PRO GESUNDHEIT-Angeboten qualitätsgesicherte und nahezu flächendeckend verfügbare Präventionsangebote etabliert. Diese inzwischen mehr als 20.000 Angebote, die grundsätzlich mit sozialverträglichen Gebühren verbunden sind, stehen in besonderem Maß für eine sozial gerechte Gesundheitspolitik und richten sich mittels zielgruppenspezifischer Ansprache an alle Bevölkerungsgruppen.

3. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (neu: § 20a(3))

Der DOSB begrüßt den kassenübergreifenden Ansatz insbesondere mit Blick auf die Prävention in Lebenswelten und hält die Übertragung dieser Aufgaben an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für einen guten Weg. Auf Seite 9 des Gesetzesentwurfs heißt es zudem: *„Im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 kann die BZgA geeignete Kooperationspartner heranziehen."* Der DOSB bietet in diesem Zusammenhang gerne seine bewegungsbezogene Expertise für das Handlungsfeld der Lebenswelten an.

Kommentar: Mit seinen umfassenden Strukturen auf lokaler, regionaler und überregionaler Ebene bietet der organisierte Sport beste Voraussetzungen für eine erfolgreiche Vernetzung mit den im Gesetzesentwurf spezifizierten Lebenswelten (Kita, Schule, Betrieb, Lebenswelten älterer Menschen etc.).

4. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a wird § 20b (3) geändert)

Der DOSB begrüßt den präzisierenden Hinweis darauf, dass keine neuen Strukturen aufgebaut werden sollen, sondern dass auf bereits vorhandene Strukturen in den geplanten gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen zurückzugreifen ist.

Kommentar: Dabei ist darauf zu achten, dass die Koordinierungsstellen zum einen über umfassende Kenntnisse der regional vorhandenen Kooperationspartner verfügen und dass sie zum anderen über die eigentlichen Koordinationsaufgaben hinaus keine operativen Aufgaben übernehmen.

5. Nationale Präventionsstrategie (neu: § 20d(2))

Der DOSB unterstützt das Vorhaben, dass eine nationale Präventionsstrategie entwickelt und etabliert und bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen vereinbart werden sollen, um die Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention zu sichern und weiterzuentwickeln. Weiterhin begrüßt der DOSB, dass konkrete Ziele festgelegt, Handlungsfelder bestimmt, Zielgruppen und zu beteiligende Organisationen benannt und die Aktivitäten schließlich dokumentiert werden sollen; damit wäre die Erbringung von Präventionsleistungen in den Lebenswelten transparent geregelt.

Änderungsvorschlag: Hierbei sollte der DOSB als einer der größten Präventionsanbieter im Sinne der *„zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen"* angemessen berücksichtigt und in der Begründung namentlich genannt werden.

6. Nationale Präventionskonferenz (neu: § 20e(1) und (2))

Der DOSB begrüßt die Einrichtung der nationalen Präventionskonferenz und des nationalen Präventionsforums sowie die jeweilige Geschäftsführung durch die BZgA bzw. die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG).

Änderungsvorschlag: Neben den § 20e(1) genannten Mitgliedern sollten repräsentative zivilgesellschaftliche Organisationen in die nationale Präventionskonferenz eingebunden werden. In diesem Zusammenhang halten wir es für zielführend, dass Bewegung und Sport ein integraler Bestandteil der nationalen Präventionskonferenz wird. Daher bietet der DOSB sowohl der Präventionskonferenz als auch dem Präventionsforum seine bewegungsbezogene Expertise an. Bei der Zusammensetzung des Präventionsforums ist ebenfalls sicherzustellen, dass das spezifische Leistungsspektrum des organisierten Sports angemessen berücksichtigt und der DOSB entsprechend beteiligt wird.

7. Landesvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie (neu: § 20f(1) und (2))

Der DOSB unterstützt die beabsichtigte Rahmenvereinbarung mit der Landesebene, die zur Umsetzung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen und zur Sicherung der Zusammenarbeit mit den in den Ländern zuständigen Stellen erforderlich ist.

Kommentar: Gemäß § 20f(2) Ziffer 6 *„die Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen“* regen wir die aktive Einbindung der 16 Landessportbünde an.

8. Modellvorhaben (geändert: § 25(1))

Der DOSB befürwortet die Möglichkeit künftig Modellvorhaben durchzuführen, die dazu bestimmt sind, die Qualität und Effizienz der Leistungsversorgung zur Prävention in den Lebenswelten und in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zu verbessern.

Kommentar: Mit Blick auf diese Modellvorhaben regen wir an, auch hierbei die 16 Landessportbünde aktiv einzubinden.

9. Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten (geändert: § 25(1))

Der DOSB begrüßt die vorgenommenen Änderungen und die beispielhafte Konkretisierung qualitätsgeprüfter Bewegungsangebote des Referentenentwurfs: *„[…]. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und kann auch auf andere Angebote zur Verhaltensprävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen.“*

Änderungsvorschlag: Da in der Begründung zu diesem Paragraphen explizit auf die qualitätsgesicherten und zertifizierten Präventionskurse hingewiesen wird, die mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT ausgezeichnet sind, regen wir an, das Qualitätssiegel in § 25(1) zu benennen.

10. Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (geändert: § 26(1))

Der DOSB befürwortet, dass Gesundheitsuntersuchungen durch Ärztinnen und Ärzte nicht nur für Erwachsene sondern nun auch für Kinder und Jugendliche vorgesehen sind (§ 25).

Änderungsvorschlag: Das Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT ermöglicht die zielgruppenspezifische Ansprache von Kindern und Jugendlichen. Daher regen wir an, analog zu Punkt 9 zu § 25(1) das Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT in § 26(1) zu ergänzen. Zudem sollte unter „Begründung B. Besonderer Teil“ das Rezept für Bewegung im Kontext von Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche namentlich benannt werden.

11. Bonusleistungen (neu: § 65a(1)

Der DOSB begrüßt es grundsätzlich, dass die Krankenkassen aufgefordert werden sollen, Bonusleistungen künftig in ihren Satzungen festzuschreiben und damit die bisherige „Kann“- in „Soll“-Leistungen umzuwandeln. So können die Krankenkassen ihren Versicherten, die regelmäßig an primärpräventiven Maßnahmen nach den §§ 25 und 26 teilnehmen, weiterhin Bonusleistungen ge-

währen. Einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand, wie er sich in § 20(5) durch das darin erwähnte Zertifizierungsverfahren andeutet, lehnen wir allerdings ab.

Änderungsvorschlag: Es ist sicherzustellen, dass die vielseitigen breitensportlichen Angebote der Sportvereine, wie z.B. Deutsches Sportabzeichen, Sportvereinsmitgliedschaft etc., die derzeit im Rahmen von Bonusprogrammen gefördert werden, weiterhin Bestandteil der Bonusprogramme bleiben. Denn diese Angebote sind niedrigschwellig, klar verhaltenspräventiv ausgerichtet und werden durch nachweislich qualifiziertes Personal (Sportabzeichenprüfer, Trainer, Übungsleiter etc.) betreut. Außerdem finanzieren die Versicherten ihre Teilnahme daran selbst. Daher sind diese Angebote weiterhin als bonifizierbar einzustufen und es ist sicherzustellen, dass die Krankenkassen unbürokratisch und flexibel über das wichtige Instrument der Bonusprogramme verfügen können.

Zu Begründung B. Besonderer Teil (Zu Nummer 12 § 25 zu Buchstabe a))

Der DOSB begrüßt den Hinweis auf die qualitätsgeprüften Angebote des organisierten Sports: *„[…]. Die Präventionsempfehlung kann auch auf weitere Angebote hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen. Schon heute können Ärztinnen und Ärzte ihren Patentinnen und Patienten mit dem vom DOSB gemeinsam mit der Bundesärztekammer entwickelten „Rezept für Bewegung“ eine schriftliche Empfehlung für die Teilnahme an einem Angebot geben, das mit dem Qualitätssiegel des DOSB „SPORT PRO GESUNDHEIT zertifiziert ist. Sofern die empfohlenen Angebote nach § 20(5) zertifiziert sind, können diese von den Krankenkassen unterstützt werden.“*

Kommentar: Gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) und der Bundesärztekammer (BÄK) haben wir das Rezept für Bewegung entwickelt und verfolgen damit drei Ziele: Zum einen sollen im Hinblick auf die Verhaltensprävention die Nicht- oder Noch-Nichtbeweger zu regelmäßiger Bewegung und Sport motiviert werden. Zum zweiten kann die Ärzteschaft hierfür auf zertifizierte, zielgerichtete und sozialverträgliche Präventionskurse nahezu flächendeckend zurückgreifen. Schließlich wird zum dritten die Ärzteschaft damit in die Lage versetzt, gezielte und wirksame Alternativen zu Medikamenten dann vorzuschlagen, wenn Bewegung und Sport eher geeignet sind, präventiv zu wirken oder sogar gesundheitliche Probleme zu lösen.

Dieser Ansatz bezieht sich auf alle Altersgruppen unserer Gesellschaft. Daher regen wir an, das Rezept für Bewegung im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche nach § 26(1) anzuwenden. Zudem ist die Teilnahme an Präventionskursen, die mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT zertifiziert sind, auch für Kinder und Jugendliche zu finanzieren.

Weitergehende Informationen

Der DOSB und seine 98 Mitgliedsorganisationen, in denen 27,8 Millionen Mitglieder in mehr als 91.000 Turn- und Sportvereinen organisiert sind, verfügen über umfassende Erfahrungen bei der zielgruppenspezifischen Ansprache in der Gesundheitsförderung und der Prävention. Denn seit der Initiative „Trimming 130 – Bewegung ist die beste Medizin“ Anfang der 1980er Jahre haben die gemeinwohlorientierten Sportorganisationen beständig die qualitätsgesicherten Gesundheitssportangebote ausgebaut und wissenschaftlich abgesichert. Daher sind die Turn- und Sportvereine unter dem Dach des DOSB unverzichtbare Partner in der Gesundheitsförderung und Prävention. Sie konzentrieren sich dabei insbesondere auf die Zielgruppen Kinder und Jugendliche, Ältere, Menschen mit Behinderung oder mit drohender Behinderung und sozial Benachteiligten. Sportvereine als gesundheitsfördernde Lebenswelten haben den Vorteil, dass sie diese Zielgruppen in ihren alltäglichen Lebensbezügen erreichen.

Die Turn- und Sportvereine in Deutschland können in einzigartiger Weise einen Beitrag zum Gelingen von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention leisten. Denn sie …

- … stehen für Leistung, Gesundheit, Lebensfreude und Wertevermittlung.
- … leisten mit flächendeckend vorhandenen Angeboten zu sozial verträglichen Gebühren einen wichtigen Beitrag für eine sozial gerechte Gesundheitspolitik in unserem Land.
- … sprechen eine Vielzahl von speziellen Zielgruppen – von Frauen und Männern über Menschen mit Behinderung bis hin zu sozial Benachteiligten – an.
- … sind bereits seit vielen Jahren ein wichtiger Partner im Gesundheitssystem und leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur Gesunderhaltung der Bevölkerung. Etwa ein Drittel der Sportvereine verfügen über Angebote zur Gesundheitsförderung, Prävention und/oder Rehabilitation und entwickeln sich zunehmend zu gesundheitsfördernden Lebenswelten im umfassenderen Sinne, indem sie Gesundheit zur Leitidee ihrer Vereinskultur machen.
- … sprechen mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT die Nicht-Beweger und Wiedereinsteiger in allen Altersgruppen an. Flächendeckend gibt es mittlerweile über 20.000 dieser kostengünstigen und qualitätsgesicherte Präventionsangebote in Sportvereinen; die wohnortgenau unter www.sportprogesundheit.de abgerufen werden können. Zugänge hierzu bietet auch das mit BÄK und der DGSP entwickelte „Rezept für Bewegung“, das die Ärzteschaft verwenden kann.

Der organisierte Sport ist im Themenfeld „Sport und Gesundheit“ gut vernetzt. So arbeitet z.B. der DOSB mit gesundheitspolitisch relevanten Akteuren wie Krankenkassen, BMG, BZgA, BÄK, BVPG, gesundheitsziele.de, Sportreferentenkonferenz, ABDA etc. vertrauensvoll zusammen und wirkt im Nationalen Aktionsplan zur Vermeidung von Fehlernährung und Bewegungsmangel IN FORM sowie in der Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb) mit. Vergleichbare Netzwerke finden sich auch auf Ebene der Länder, Regionen und Kommunen. Zudem sichern differenzierte und spezialisierte Aus- und Fortbildungen die Qualität von Übungsleitern/innen und Trainern/innen in den Sportvereinen. So gibt es alleine auf der 2. Lizenzstufe Prävention und Rehabilitation über 80.000 aktuell gültige Übungsleiterlizenzen. Der DOSB stellt sich so seiner Verantwortung als anerkannter und geschätzter Akteur für mehr Bewegung und Sport in Deutschland.

gez. Dr. Karin Fehres/Dr. Mischa Kläber
Frankfurt am Main, den 17. April 2015

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(22)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
20.04.2015

DER PARITÄTISCHE
GESAMTVERBAND

Stellungnahme des Paritätischen Gesamtverbandes zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention der Bundesregierung (Präventionsgesetz – PrävG)

Vorbemerkung

Der Paritätische Gesamtverband e. V. ist einer der sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Deutschland und ist der Dachverband für über 10.000 rechtlich selbstständige Mitgliedsorganisationen. Die Mitgliedsorganisationen des Paritätischen sind in vielen Sozial- und Gesundheitsbereichen tätig, beispielsweise als Träger von Kindertagesstätten, von Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, der Behindertenhilfe, ambulanter Pflegedienste, stationärer Einrichtungen und Krankenhäuser sowie von Selbsthilfekontakt- und Patientenberatungsstellen.

Zudem ist der Paritätische Gesamtverband der größte Verband der Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Unter seinem Dach engagieren sich über 130 bundesweit tätige, gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen für chronisch kranke und behinderte Menschen.

Im „Forum chronisch kranker und behinderter Menschen“ im Paritätischen Gesamtverband haben sich bundesweit agierende gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen zusammengeschlossen. Vertreter des Forums sind als maßgebliche Patientenorganisation nach § 140f SGB V anerkannt und als Interessenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss mitberatend tätig.

Der Paritätische Gesamtverband repräsentiert, berät und fördert seine Landesverbände und Mitgliedsorganisationen in ihrer fachlichen Zielsetzung und ihren rechtlichen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Belangen.

1. Allgemeine Bewertung des Gesetzesvorhabens

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (kurz: PrävG) hat sich die Bundesregierung zum Ziel gesetzt, unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger sowie der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger zu stärken und die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterzuentwickeln. Zudem soll mit dem geplanten Präventionsgesetz

das Zusammenwirken von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung verbessert werden.

Der Paritätische Gesamtverband nimmt die Gelegenheit gerne wahr, zu dem vorliegenden Gesetzestext wie folgt Stellung zu nehmen:

Nach den letzten drei gescheiterten Versuchen der Vorgängerregierungen, ein Präventionsgesetz zu verabschieden (2005, 2008 und 2013), richten sich enorme Hoffnungen auf den nunmehr vierten Anlauf, den großen und ungenutzten Potenzialen der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung einen gesetzlichen Rahmen zu geben.

Grundsätzlich begrüßt der Paritätische Gesamtverband, dass die Bundesregierung, ein Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz auf den parlamentarischen Weg gebracht hat.

Der Paritätische hat bei der Bewertung des vorliegenden Gesetzentwurfs besonderes Augenmerk auf den Aspekt der Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen gelegt sowie darauf, welche Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels von der Bundesregierung geplant sind.

Denn: Die Gesundheit des Menschen wird nicht allein durch eigenverantwortliches Handeln erhalten und gefördert. Gesundheit ist ganz grundsätzlich auch ein Ergebnis gesellschaftlicher, ökonomischer und ökologischer Rahmenbedingungen. Es ist mittlerweile unstrittig und allgemein anerkannt, dass die Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit des Menschen gravierend sind. Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status, geringem Bildungs- und Ausbildungsstand sterben nicht nur früher, sie werden auch eher chronisch krank und früher pflegebedürftig. Die Lebenserwartung von Menschen mit niedrigem Sozialstatus ist knapp zehn Jahre geringer als die von Menschen mit hohem sozioökonomischen Status. Chronische Erkrankungen treten bei sozial Benachteiligten insgesamt häufiger auf, was einen entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität hat. Ebenso tritt Pflegebedürftigkeit bei ihnen in einem früheren Lebensalter ein als bei Menschen mit einem höheren sozioökonomischen Status.

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass in Deutschland die Schere zwischen Arm und Reich immer weiter auseinandergeht und die Durchlässigkeit zwischen den unterschiedlichen sozialen Schichten mehr und mehr abnimmt, ist sogar noch mit einer Verschärfung der geschilderten Situation zu rechnen.

Die gesundheitliche und die soziale Situation beeinflussen das Gesundheitsverhalten sowie das Erlernen von Bewältigungsstrategien in erheblichem Maße. Diese Fähigkeiten werden bereits im frühen Kindesalter erworben und erlernt und haben langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit im gesamten Leben eines Menschen. Eine große Einflussgröße auf die Gesundheit bildet der soziale Status selbst. Unmittelbar damit verknüpft sind die Bildungs-, Wohn- und Arbeitsbedingungen.

Auch das Gesundheitsverhalten eines Menschen wird von seiner sozialen Position nachhaltig beeinflusst.

In einem wichtigen Punkt sieht der Paritätische Gesamtverband mit dem vorliegenden Gesetzentwurf den Aspekt der Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit erfüllt: In Zukunft sollen die ab 2016 deutlich steigenden und als Pflichtleistung von den Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) aufzubringenden Gelder für Prävention zu einem überwiegenden Teil für präventive Maßnahmen in den Lebenswelten wie Kitas, Schulen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen der Versicherten investiert werden. Die Lebenswelten - auch Settings genannt - sollen mit den Geldern der Krankenkassen gesundheitsförderlicher gestaltet werden. Damit könnten auch nachhaltige Impulse für die Entwicklung und Stärkung einer guten Selbstachtsamkeit (Umgang einer Person mit sich selbst) und eines guten Selbstwertgefühls bereits ab dem Kindesalter gesetzt werden. Durch die Stärkung dieser Ressourcen kann wiederum nachhaltig auf das Gesundheitsverhalten jedes Einzelnen eingewirkt werden. Diese Ressourcen sind nicht mit einfachen Präventionskursen beeinflussbar, da diese lediglich auf isolierte, individuelle Verhaltensänderungen abzielen.

Die Forderungen und Erwartungen auf ein eigenständiges Bundesgesetz zur nicht-medizinischen Primärprävention werden mit dem vorliegenden Gesetzentwurf leider nicht erfüllt. Ein solches Gesetz - etwa als neues Sozialgesetzbuch (z. B. als SGB XIII) - hätte Prävention und Gesundheitsförderung endlich und angemessen den gleichen Rang verliehen wie der Pflege, der Rehabilitation und der medizinischen Therapie. Es hätte auch die Chance geboten, einen Rechts-, Finanzierungs- und Qualitätsrahmen für die gesamte öffentlich geförderte Prävention, also einschließlich der Programme von Bund, Ländern und Kommunen und aller öffentlich geförderter Präventionsakteure - unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger - zu schaffen. Das hätte auch mögliche Ausweichreaktionen - Akteur A zieht sich unter Verweis auf Akteur B aus präventiven Aktivitäten zurück - zumindest erschwert.

Diese Aufgabe bleibt das Desiderat künftiger Gesetzgebung.

Zu dem vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung: Mit diesem wird ein reines Artikel- und Leistungsgesetz geschaffen, das vor allem im SGB V und punktuell auch in den SGB VI, VII, VIII und XI neue gesetzliche Bestimmungen zur Prävention einfügt bzw. bestehende Bestimmungen verändert. Die Sozialversicherungsträger sollen dabei als reine Geldgeber fungieren. Beispielsweise soll die Pflegeversicherung (SGB XI) mit rund 21 Millionen Euro zusätzlicher Ausgaben für die Prävention belastet werden; dieses Geld wird jedoch nur zu einem Teil den Versicherten zu Gute kommen. Nur die Pflegeeinrichtungen selbst werden diese Gelder für Präventionsmaßnahmen einsetzen können. Die ambulante Versorgung ist in der jetzigen Planung nicht vorgesehen. Dies wäre allerdings sehr wünschenswert und im Hinblick auf die Zielsetzung des Gesetzes sinnvoll, da Präventionsmaßnahmen bereits vor einer Pflegebedürftigkeit, die einen stationären Aufenthalt erfordert, einsetzen sollten. Hier besteht innerhalb des Gesetzentwurfs ein Widerspruch: Prävention soll zwar bereits vor dem Eintritt von gesundheitlichen

Einschränkungen einsetzen, wird jedoch über den Gesetzesanspruch erst in stationären Einrichtungen gewährleistet.

Der Paritätische Gesamtverband kritisiert zudem, dass bei der Ausgestaltung und Formulierung der Gesundheitsziele im § 20 Absatz 3 SGB V diejenigen Ziele fehlen, die auf gravierende gesundheitsrelevante Belastungen junger Menschen abstellen. Dazu zählen beispielsweise Erfahrungen häuslicher und sexualisierter Gewalt, die zwar auch quer durch alle Schichten, aber verstärkt bei sozial Benachteiligten zu verzeichnen ist. Eine Berücksichtigung elementarer Gesundheitsrisiken von Kindern und Jugendlichen findet sich auch an anderer Stelle des Gesetzentwurfs leider nicht.

Der Paritätische Gesamtverband kritisiert zudem, dass die Arbeitslosenversicherung und die Grundsicherung für Arbeitsuchende in dem Gesetzentwurf trotz einiger Nachbesserungen nur eine untergeordnete Rolle spielen. Immerhin erhält die Bundesagentur für Arbeit nun eine beratende Mitwirkung in der nationalen Präventionskonferenz, welche die weitere Verknüpfung von arbeitsmarktbezogenen Maßnahmen mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen unterstützen soll. Leider gibt es keine Festlegung darüber, dass der Versicherungsträger und der Bund für die Grundsicherung für Arbeitsuchende überhaupt Geld für die Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung stellen sollen. Es wird damit weiterhin außer Acht gelassen, dass ein enger Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und Krankheit besteht. Erwerbslose, insbesondere Langzeiterwerbslose, sind häufiger von psychischen Erkrankungen wie Depressionen betroffen. Bereits heute weist jeder dritte Leistungsberechtigte in der Grundsicherung gesundheitliche Einschränkungen auf (vgl. IAB-Studie „Soziale Sicherung“, 2009). Insbesondere im Hinblick auf die verfestigten (Langzeit-)Erwerbslosenzahlen wäre es ein wichtiger Schritt, diesen Aspekt mit einzubeziehen. Allerdings sollten sich entsprechende Maßnahmen nicht auf einen verbesserten Zugang zu Präventionskursen der Krankenkassen beschränken, sondern müssten grundlegender angegangen werden. Auch hier ist es entscheidend, die Ressourcen wie Selbstwirksamkeit und Selbstbewusstsein der Betroffenen zu stärken.

Suchtmittelkonsum und die Abhängigkeit von Drogen werden lediglich marginal und oberflächlich in dem Gesetzentwurf aufgegriffen. Da der Konsum legaler und illegaler Drogen jedoch einen großen Anteil an der Entwicklung chronischer Erkrankungen hat, muss es wesentliches Ziel eines Präventionsgesetzes sein, den Konsum von Suchtmitteln zu reduzieren. In der Bundesrepublik konsumieren 9,5 Millionen Menschen Alkohol in gesundheitlich riskanter Form. Durchschnittlich werden pro Kopf der Bevölkerung jährlich zehn Liter reinen Alkohols konsumiert. Etwa 1,3 Mio. Menschen gelten als alkoholabhängig. Der Paritätische Gesamtverband fordert deshalb, dass in dem Gesetzestext zumindest die Reduzierung des Alkoholkonsums zu einem expliziten Gesundheitsziel erklärt wird.

Darüber hinaus umfasst aus Sicht des Paritätischen eine wirksame Suchtprävention sowohl Maßnahmen der Verhaltensprävention als auch Maßnahmen der Verhältnisprävention.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass der Begriff der „Lebenswelt“ in dem Gesetzentwurf nicht klar definiert ist. Bei der Aufzählung der Lebenswelten fehlen an manchen Stellen die zentralen Settings Stadtteil, Kiez, Quartier und ländliche Regionen. Das besonders im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten wichtige Quartiersmanagement sowie das Programm „Soziale Stadt“ fehlen in dem Gesetzentwurf gänzlich. Eine Berücksichtigung und Einbindung dieser Sozialräume wird vom Paritätischen Gesamtverband als elementar wichtig angesehen.

Die Qualitätssicherung von Präventionsmaßnahmen wird in dem Gesetzentwurf leider ebenfalls vernachlässigt. Es wird offenbar erwartet, dass diese von den Gesetzlichen Krankenkassen und den anderen Sozialversicherungsträgern im Rahmen der Entwicklung und Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie sichergestellt wird. Auf Basis der bisherigen Erfahrungen muss bezweifelt werden, dass diese Erwartung in Erfüllung geht. Die möglichst wirksame Gestaltung vor allem von Lebensweltinterventionen in den verschiedenen Settings ist derzeit ein Suchprozess, den bislang die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Form eines „Good Practice“-Prozesses steuert.

Notwendig wäre jedoch die systematische Auswertung der zum Teil disparaten Erfahrungen mit einem Mix der vorliegenden - und gegebenenfalls neu zu entwickelnden - Methoden und Instrumentarien wie beispielsweise der Ergebnismessung, der Validierung intermediärer Wirkungsindikatoren (Gesundheits-“Marker“), partizipative Methoden und der Prozessevaluation. Die Ergebnisse dieser fortlaufenden wissenschaftlichen Anstrengungen müssten zudem beständig in die Präventionspraxis zurückgemeldet und in der Praxis möglichst verbindlich beachtet werden.

Für die Organisation dieser Rückkopplungsschleife wäre in Deutschland fachlich und institutionell in erster Linie die BZgA geeignet. Es wäre zu prüfen, ob - nach längerem Vorlauf zum Aufbau entsprechender Expertise - auch das neu gegründete Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137 SGB V entsprechende Aufgaben übernehmen müsste.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass sowohl der Paritätische und seine Mitgliedsorganisationen als auch andere Verbände der Freien Wohlfahrtspflege seit vielen Jahren ihre eigenen Qualitätssysteme entwickeln. Sie haben ihre Qualitätsziele u. ä. in einem Grundsatzpapier der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (zuletzt beschlossen am 27.08.2014) näher beschrieben.

Im Paritätischen Qualitätssystem PQ-Sys® werden schon jetzt zahlreiche Qualitätskriterien in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung angewendet, sowohl in Bezug auf die Nutzer/innen als auch auf die Mitarbeitenden.

Im Kontext der Sicherstellung der Qualität und Wirksamkeit der Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollten daher die bestehenden Qualitätssysteme der Freien Wohlfahrtspflege adäquat berücksichtigt werden. Eine zentrale Rolle spielt

dabei die Entwicklung von validen Indikatoren, zum Beispiel im Rahmen von Forschungsprojekten und der Erprobung in sozialen Einrichtungen. Die Freie Wohlfahrtspflege bringt Kompetenzen und Erfahrungen der praktischen Arbeit mit und ist aufgeschlossen, innovative Lösungen umzusetzen (z. B. in der Pflege das "Wingenfeld-Projekt").

Eine enge Verzahnung bzw. Ergänzung des internen Qualitätsmanagements mit externer Qualitätssicherung birgt wichtige Potentiale, ist effizient und wirkungsvoll. Langfristiges Ziel ist eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung, um einfachere Übergänge zu Dienstleistungen und -hilfen auch auf der Basis unterschiedlicher Sozialgesetzbücher für die Nutzerinnen und Nutzer zu ermöglichen. Die vorhandene Expertise stellt der Paritätische gerne zur Verfügung.

2. Bewertung des Gesetzesvorhabens im Einzelnen

Der vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung enthält - im Vergleich zu den Präventionsgesetzentwürfen der Vorgängerregierungen - auch einige durchaus positive Ansätze.

Dennoch sieht der Paritätische Gesamtverband bei vielen der geplanten Neuregelungen nach wie vor Änderungs- und Nachbesserungsbedarf. Zu ausgewählten Punkten des Gesetzesvorhabens nimmt der Paritätische Gesamtverband wie folgt Stellung:

Artikel 1

Änderung des SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

§ 2b - Geschlechtsspezifische Besonderheiten

Der Paritätische begrüßt grundsätzlich, dass bei den Leistungen der Krankenkasse zukünftig geschlechtsspezifische Besonderheiten Berücksichtigung finden sollen. Zahlreiche Studien und Expertisen der Gesundheitsforschung weisen nach, dass sich das Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern nach wie vor stark unterscheidet. Dass diese Unterschiede zukünftig bei der Prävention und Krankenbehandlung beachtet werden sollen, wird als richtiger Schritt angesehen.

§ 20 - Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Absatz 1: Prävention soll - wie bisher - „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ leisten. Damit wird auf die wohl wichtigste Herausforderung der Gesundheitspolitik reagiert. Zusätzlich - und das ist neu - soll Prävention auch „geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen“ bearbeiten. Zwischen Männern und Frauen gibt es zweifellos Unterschiede in der Lebenserwartung, im Krankheitsspektrum, in der Inzidenz und Prävalenz von Krankheiten, im Verlauf zahlreicher Erkrankungen, im Gesundheitsverhalten, in der Inanspruchnahme von Leistungen und vielem mehr, die auch zu Unterschieden der Gesundheitschancen führen. Bei Frauen und Männern dominiert aber gleichermaßen eindeutig die sozial bedingte Ungleichheit der Chancen auf ein langes und gesundes Leben. Beispielsweise leben Frauen im Durchschnitt etwa fünf Jahre länger als Männer. Welche genaue Rolle dabei biologische Faktoren, unterschiedliche Lebensverläufe, soziale Verhältnisse und das daraus resultierende Gesundheitsverhalten spielen, ist bis heute nicht in Gänze geklärt. Das Ziel, geschlechtsbezogene Ungleichheit zu vermindern, kann wissenschaftlich kaum begründet werden. Sehr wohl begründet ist dagegen die Forderung, bei Prävention und Gesundheitsförderung die Besonderheiten von Frauen und Männern zu berücksichtigen.

Formulierungsvorschlag:

(1) (…) „Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Dabei sind die Besonderheiten der Geschlechter, der Altersstufen und der Lebenslagen angemessen zu berücksichtigen."

Absatz 2: Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) legt seit vielen Jahren alle Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung fest. Dies umfasst neben den sogenannten „Handlungsfeldern" unter anderem die Kriterien Bedarf, Zielgruppen, Zugangswege, Inhalt, Methodik, Qualität sowie die wissenschaftliche Evaluation. Da der GKV-Spitzenverband die primäre Aufgabe hat, die Interessen der vertretenen Krankenkassen zu vertreten, auch in finanzieller Hinsicht, besteht möglicherweise in Hinblick auf die neuen Aufgaben ein Interessenkonflikt des GKV-SV. Um mögliche Interessenkonflikte zu vermeiden wäre es sinnvoll, diese Aufgaben zu trennen.

Absatz 3: In diesem Absatz werden „Gesundheitsziele" benannt, die bei der Prävention berücksichtigt werden sollen. Diese sind an sich nicht falsch, jedoch sind diese „Gesundheitsziele" keine Präventionsziele und gehören in dieser Form nach Ansicht des Paritätischen Gesamtverbandes auch nicht in ein Präventionsgesetz. In dem Gesetzentwurf werden Präventionsziele mit Zielen der medizinischen Versorgung vermischt („Diabetes mellitus… früh erkennen und behandeln", „Depressive Erkrankungen… früh erkennen, nachhaltig behandeln"). Hier liegt ein innerer Widerspruch des Gesetzentwurfs vor.

Gesundheitsziele sind variabel und sollten über die dafür geplante und zuständige Kommission, die Nationale Präventionskonferenz, vereinbart und festgelegt werden.

Aus Sicht des Paritätischen Gesamtverbandes stellen beispielsweise Erfahrungen häuslicher und sexualisierter Gewalt schwere psychische und körperliche Belastungen für junge Menschen dar, die in einem hohen Maße auch Gesundheitsrisiken und -folgen beinhalten, die mit präventiven Maßnahmen gemindert werden könnten.

Der - auch in der Begründung zum Gesetzestext - für zuständig erklärte Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de" ist von seiner Zusammensetzung und Entscheidungsbefugnis her nicht dafür prädestiniert, Präventionsziele zu erarbeiten. Dieses Gremium ist ein loser Verbund, der sich lediglich zur Selbstverpflichtung erklärt hat (vgl. Gemeinsame Erklärung des Kooperationsverbunds gesundheitsziele.de 2010, S. 4). Das heißt es, besteht für die Akteure von gesundheitsziele.de keinerlei verbindliche Verpflichtung, die benannten Gesundheitsziele auch tatsächlich umzusetzen.

In seiner vorliegenden Form hat der Gesetzentwurf zudem wenig Gebrauchswert für die Kinder- und Jugendhilfe. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass bei den geplanten Änderungen des § 20 Absatz 3 des SGB V, bei der Benennung und

Aufzählung der Gesundheitsziele ein Ziel fehlt, das konkret die Prävention gesundheitsrelevanter Belastungen junger Menschen anstrebt. So stellen beispielsweise Erfahrungen häuslicher und sexualisierter Gewalt schwere psychische und körperliche Belastungen für junge Menschen dar, die in einem hohen Maße auch Gesundheitsrisiken und -folgen beinhalten. Auch für Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken oder drogenabhängigen Eltern bestehen erhebliche gesundheitliche Risiken, die mit präventiven Angeboten und Maßnahmen gemindert werden könnten.

Der vorliegende Gesetzentwurf hat zwar den Anspruch, wie es heißt: „(…) die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Menschen, etwa in Kindertageseinrichtungen, der Schule, dem Betrieb oder den stationären Pflegeeinrichtungen“ zu stärken sowie eine „Stärkung gesundheitlicher Strukturen in der Lebenswelt“ mit „niedrigschwelligen Zugängen“ zu erreichen. Beratungs- und Unterstützungsangebote für junge Menschen mit Erfahrungen häuslicher Gewalt oder sexualisierter Gewalt oder niedrigschwellige Unterstützungsangebote für Heranwachsende psychisch kranker oder suchtabhängiger Eltern werden jedoch an keiner Stelle erwähnt.

Der Paritätische Gesamtverband kritisiert des Weiteren ausdrücklich, dass die Reduktion von Alkoholkonsum nicht als explizites Gesundheitsziel in den Gesetzestext mit aufgenommen worden ist und fordert dessen verbindliche Ergänzung. Aus Sicht des Paritätischen reicht es nicht aus, im Begründungsteil auf die Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik hinzuweisen. Auch diese ist lediglich ein Strategiepapier ohne verbindliche zeitliche Vorgaben zur Zielerreichung.

Es ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass etwa ein Drittel der Kinder aus Suchtfamilien später selbst legale oder illegale Drogen konsumieren. Der vorliegende Gesetzentwurf verkennt diese Gefahr und unterlässt sinnvolle Eingriffe, die geeignet wären, Kinder und Jugendliche vor diesem Suchtrisiko zu schützen. Prävention muss vor der Entstehung von (Sucht-)Erkrankungen ansetzen wie der Gesetzestext richtig benennt, aber in seiner Ausgestaltung nicht konsequent umsetzt.

Die Ergänzung, dass in Einrichtungen, in denen Kinder und Jugendliche betreut werden, ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld unterstützt werden soll, ist begrüßenswert. Die Forderung des Paritätischen lautet zudem, dass die Suchtprävention in Schulen und Kindertagesstätten dringend flächendeckend ausgebaut und finanziell gestärkt werden muss.

Absatz 5: Die Vorschrift, dass zur individuellen Verhaltensprävention zukünftig nur noch zertifizierte Leistungen erbracht werden dürfen, ist an sich zu begrüßen. Diese neue Vorschrift birgt jedoch auch die Gefahr, dass ein neuer, großer Markt für die Anbieter von Verhaltenspräventionsmaßnahmen entsteht.

Des Weiteren läuft die vorgesehene Bindung der Krankenkasse an (betriebs-) ärztliche Präventionsempfehlungen in der Praxis ins Leere: Sie würde nur greifen,

wenn die Krankenkassen bislang Versicherten den Zugang zu existierenden Leistungen verweigern würden. Solche Fälle sind in der Praxis nicht bekannt.

Absatz 6: Bei der Finanzierung der Primärprävention durch die GKV gibt es einen wirklichen Fortschritt: Ab 2016 sollen die Krankenkassen pro Versichertem und Jahr mindestens zwei Euro für betriebliche Gesundheitsförderung und ebenso viel für die Prävention in nicht-betrieblichen Lebenswelten (Kita, Schule u.a.) ausgeben. Dies läuft auf eine Summe von jeweils rund 140 Millionen Euro pro Jahr hinaus. Der Rest der verfügbaren Mittel, das heißt mindestens drei Euro pro Versichertem sollen für individuelle Verhaltensprävention aufgewendet werden. Das ist zwar weniger als die in Aussicht gestellte Umkehrung der heutigen Relation von individueller Verhaltensprävention zu Prävention im Setting (Verhältnisprävention). Angekündigt wurde, das Verhältnis von 80 Prozent Verhaltensprävention zu 20 Prozent Verhältnisprävention umzukehren - auf 20 Prozent zu 80 Prozent. Im Gesetzentwurf ist aber immerhin ein Verhältnis von rund 43 Prozent für individuelle Verhaltensprävention zu 57 Prozent für die Prävention in Settings festgelegt worden.

Der Paritätische vertritt nach wie vor die Ansicht, dass das Verhältnis von 80 Prozent Verhältnisprävention zu 20 Prozent Verhaltensprävention richtig und angemessen ist.

§ 20a - Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Absatz 1, Satz 1: Bei der Aufzählung der Lebenswelten taucht - im Gegensatz zur Präambel - auch das soziale System „Wohnen“ auf, besser wäre hier eine weiterreichende Formulierung, die über das Wohnen hinaus auch das Dorf, den Stadtteil, den Kiez, und/oder das Quartier benennt.

Die Formulierung „soziale Systeme (…) der medizinischen Versorgung (…)“ lädt zu - fachlich nicht gedeckten - Versuchen ein, auch Arztpraxen, Therapieeinrichtungen u. ä. als interventionsrelevante Lebenswelten zu definieren. Der Paritätische Gesamtverband plädiert dafür, hier eine fachlich eindeutige Begrifflichkeit für abgrenzbare, soziale Systeme zu wählen.

Zu betonen - auch im Hinblick auf die Zielsetzung des Gesetzes - ist, dass die Lebenswelt z. B. in Bezug auf die medizinische und pflegerische Versorgung sich nicht nur in stationären Einrichtungen abspielt, sondern in einem wesentlich größeren Anteil in der eigenen Häuslichkeit. So werden zum Beispiel zwei Drittel der Pflegebedürftigen nach SGB XI von Angehörigen oder ambulanten Pflegediensten in der eigenen Wohnung versorgt. Auch sorgen die kürzeren Verweildauern im Krankenhaus dafür, dass sich die medizinische Nachsorge nach z. B. Operationen vermehrt in der eigenen Häuslichkeit abspielt. Diese Realitäten bildet der Gesetzentwurf nicht ab.

Absatz 1, Satz 2: Die Festlegung der Priorität auf die Förderung gesundheitsförderlicher Strukturen in Lebenswelten ist ein wichtiger, positiv zu

bewertender Schritt und erhöht die Schwelle gegen reine Verhaltensprävention im Setting.

Absatz 1, Satz 4: Die hier gefundene Legaldefinition für Lebensweltinterventionen lässt immer noch zu viele Schlupflöcher offen, um unter der Überschrift „Lebensweltintervention“ wenig wirksame Interventionen reiner Verhaltensbeeinflussung in Lebenswelten zu legitimieren. Der Paritätische schlägt daher vor, folgenden Satz 4 in § 20a Absatz 1 zu ergänzen:

Formulierungsvorschlag:

„Hierzu erheben sie die gesundheitliche Situation in der jeweiligen Lebenswelt einschließlich ihrer Risiken und Potenziale, entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten, unterstützen deren Umsetzung und sichern die Qualität der Leistungen. Die Versicherten und die für die Lebenswelt Verantwortlichen sind an allen Phasen der Intervention so weit wie möglich zu beteiligen.“

Die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sind aus Sicht des Paritätischen Gesamtverbandes um das Konzept der Salutogenese zu ergänzen. Als konzeptioneller Rahmen für Gesundheitsförderung und Prävention schlägt der Paritätische folgende Prinzipien bzw. Leitlinien vor, die in der Gesetzesbegründung zu verankern sind: Stärkung der Lebenssouveränität, Förderung positiver Entwicklungsbedingungen, Prinzip der Befähigungs- und Bildungsgerechtigkeit, Inklusionsperspektive, Lebenslaufperspektive, interprofessionelle Vernetzung sowie Akteursperspektive statt Anbieterperspektive.

§ 20a - Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Absatz 1: Der Paritätische begrüßt, dass künftig die Krankenkassen bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen erschwert ist eng mit der Bundesagentur für Arbeit und den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende zusammenarbeiten soll.

Der Paritätische spricht sich des Weiteren dafür aus, dass die gesundheitlichen Auswirkungen von Erwerbslosigkeit und entsprechende Präventionsmaßnahmen stärker einbezogen werden. Allerdings sollten sich entsprechende Maßnahmen nicht auf einen verbesserten Zugang zu Präventionsmaßnahmen beschränken.

Absatz 2: Der Paritätische kritisiert, dass die Leistungen der Krankenkassen zur Prävention in Lebenswelten lediglich als „Kann“-Regelung formuliert sind. Der Paritätische fordert, diese Regelung wie folgt umzuformulieren:

Formulierungsvorschlag:

„(2) Die Krankenkasse muss Leistungen zur Prävention in Lebenswelten erbringen, wenn die Bereitschaft der für die Lebenswelten Verantwortlichen zur Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten besteht (…)“.

Absatz 3: Der Paritätische erachtet es als ordnungspolitisch bedenklich, eine leistungsfähige aber chronisch unterfinanzierte Bundesbehörde wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) dadurch „sanieren“ zu wollen, dass die beitragsfinanzierte GKV dieser Bundesbehörde per Gesetz einen unbefristeten Handlungsauftrag in Höhe von rund 35 Millionen Euro pro Jahr zu erteilen hat. Der Paritätische vertritt die Ansicht, dass es nicht die Aufgabe der Krankenkasse ist, eine staatliche Institution wie die BZgA zu finanzieren, sondern dies eine primäre Aufgabe der öffentlichen Hand ist.

Die Organisation kassen(arten)übergreifender Leistungen in Lebenswelten wäre - ordnungspolitisch - besser beim Spitzenverband Bund der GKV aufgehoben. Andererseits ist die BZgA zur Erfüllung dieses Auftrages fachlich und organisatorisch zweifellos qualifiziert, vor allem über den von ihr organisierten Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“, dem nahezu alle relevanten Akteure dieses Handlungsfeldes angehören. Dieser Kooperationsverbund sollte als potenzieller Umsetzungsbeauftragter für den der BZgA erteilten Auftrag zumindest in der Gesetzesbegründung (vgl. S. 38) auch explizit genannt werden.

Bei der Aufzählung der von der BZgA zu bearbeitenden Aufgabenfelder fehlen wiederum die Lebenswelten Stadtteil, Dorf und Quartier, obgleich sich das vom Bundesministerin für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit organisierte Programm „Soziale Stadt“ als bewährter Kooperationspartner für lebenslagebezogene und auf die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen gerichtete Prävention und Gesundheitsförderung geradezu aufdrängt und diese Kooperation auch schon praktisch besteht.

§ 20b - Betriebliche Gesundheitsförderung

Der Paritätische erachtet die Beteiligung des Arbeitsschutzes an der betrieblichen Gesundheitsförderung als grundsätzlich richtig. Diese sollte jedoch nicht auf die Betriebsärzte eingeschränkt sein.

Der Paritätische schlägt die folgende Formulierung vor:

Formulierungsvorschlag:

„Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um die gesundheitliche Situation einschließlich

ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen. Die Kassen fördern dabei insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Die Versicherten und die Verantwortlichen im Betrieb einschließlich des Arbeitsschutzes sind an allen Phasen der Intervention so weit wie möglich zu beteiligen."

§ 20d - Nationale Präventionsstrategie

Absatz 1: Bei den Sozialversicherungsträgern fehlt hier die Arbeitslosenversicherung (Bundesagentur für Arbeit). Dieser Sozialversicherungsträger ist aus nicht nachvollziehbaren Gründen nur an der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen, nicht aber an deren Vereinbarung und Umsetzung beteiligt. Zudem sollten die Kommunalen Spitzenverbände einbezogen werden.

Die bisherigen Erfahrungen mit Lebensweltinterventionen zeigen, dass die Delegation der Sicherung und Entwicklung der Qualität an die Akteure der nationalen Präventionsstrategie ohne weitere Spezifizierung nicht zu den bestmöglichen Ergebnissen führen wird. Die möglichst wirksame Gestaltung vor allem von Lebensweltinterventionen in den verschiedenen Settings ist derzeit ein Suchprozess, den bislang die BZgA in Form eines „Good Practice"-Prozesses steuert. Notwendig wäre die systematische Auswertung der zum Teil disparaten Erfahrungen mit einem Mix der vorliegenden - und gegebenenfalls neu zu entwickelnden - Methoden und Instrumentarien. Dazu zählen: Ergebnismessung, Validierung intermediärer Wirkungsindikatoren (Gesundheits-‚Marker'), Verfahren nach dem Schweizer Modell „Quintessenz", partizipative Methoden und Prozessevaluation. Die Ergebnisse dieser fortlaufenden wissenschaftlichen Anstrengungen müssen zudem beständig in die Präventionspraxis zurückgemeldet und in der Praxis möglichst verbindlich beachtet werden. Für die Organisation dieser Rückkoppelungsschleife käme in Deutschland fachlich und institutionell in erster Linie die BZgA, und auch gegebenenfalls - nach längerem Vorlauf zum Aufbau entsprechender Expertise - das neu gegründete Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V infrage.

Im Kontext der Sicherstellung der Qualität und Wirksamkeit der Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind die bestehenden Qualitätssysteme der Freien Wohlfahrtspflege adäquat zu berücksichtigen. Eine enge Verzahnung bzw. Ergänzung des internen Qualitätsmanagements mit externer Qualitätssicherung ist effizient und wirkungsvoll und wirkt der Überregulierung entgegen. Langfristiges Ziel ist eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung, um einfachere Übergänge zu Dienstleistungen und -hilfen auch auf der Basis unterschiedlicher Sozialgesetzbücher

für die Nutzerinnen und Nutzer zu ermöglichen. Die Expertise stellt der Paritätische gerne zur Verfügung.

Der Paritätische Gesamtverband begrüßt grundsätzlich die Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung einer Nationalen Präventionsstrategie. Der Paritätische schlägt vor, dass die zuständigen Akteure den Nationalen Aktionsplan im Dialog mit der Zivilgesellschaft entwickeln und fortschreiben.

Absatz 2 Nr. 1: Aufgrund der großen Bedeutung des Quartiersmanagements und des Programms „Soziale Stadt“, das vom Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit getragen wird, sollte auch dieses Bundesministerium (z.B. als Akteur der nationalen Präventionskonferenz) beteiligt werden.

Absatz 2 Nr. 2: Der Paritätische erwartet nicht, dass von den vorgesehenen Trägern und beauftragten Stellen, die die nationale Präventionsstrategie entwickeln und umsetzen sollen, ein besonders aussagefähiger Präventionsbericht über die „Entwicklung der Gesundheitsförderung“ vorgelegt wird. Der Paritätische fordert an dieser Stelle zumindest die Beteiligung unabhängigen, gesundheitswissenschaftlichen Sachverstandes, besser noch die Übertragung der Berichtsaufgabe auf unabhängige Gesundheitswissenschaft. Zudem wird der festgesetzte Berichtszeitraum von vier Jahren als zu lang erachtet.

§ 20e - Nationale Präventionskonferenz

In dem noch zu bildenden Gremium der nationalen Präventionskonferenz werden die Belange von Patientinnen und Patienten sowie behinderten Menschen bei der Entwicklung der nationalen Präventionsstrategie einbezogen. Sie erhalten in der Präventionskonferenz ein Mitberatungsrecht im Sinne des § 140f. Der Paritätische begrüßt diese im Vergleich zum Referentenentwurf stattgefundene Verbesserung. Der Paritätische begrüßt zudem, dass mit dem vorliegenden Entwurf auch die Bundesagentur für Arbeit an dem Gremium beteiligt werden soll.

§ 20f - Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

Auch an den Rahmenvereinbarungen auf Landesebene sollte die Bundesagentur für Arbeit als ordentlicher Akteur und nicht nur wie im Gesetzentwurf vorgesehen „an der Vorbereitung“ beteiligt werden.

Der Paritätische weist an dieser Stelle kritisch darauf hin, dass die Freien Wohlfahrtsverbände als zentrale Akteure an keiner Stelle des Gesetzentwurfs Berücksichtigung finden.

§ 20 h – Förderung der Selbsthilfe

Mit der derzeitigen Förderung von 64 Cent pro Versicherte/n (2015) ist die Selbsthilfe heute auf allen Förderebenen stark unterfinanziert. Deshalb fordert der Paritätische Gesamtverband eine Erhöhung des Förderbetrages pro Versicherten sowie eine Erhöhung des Anteils der Pauschalförderung auf allen Förderebenen.

§ 25 - Gesundheitsuntersuchungen

In der Neufassung des § 25 wird eine gesundheitswissenschaftlich nicht begründbare Vermischung von Primärprävention (Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit für bestimmte Erkrankungen oder von Krankheit überhaupt) und Sekundärprävention (medizinische Früherkennung bereits bestehender, aber meist noch symptomloser Erkrankungen zwecks Vorverlegung der individuellen medizinischen Therapie) vorgenommen. Durch diese Vermischung wird die Begrifflichkeit des Paragrafen unscharf und inkonsistent. ‚Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen‘ (in sich bereits inkonsistent bzw. pleonastisch, da eine erhöhte Belastung allermeist auch ein erhöhtes Risiko bedeutet) ist fachlich und systematisch ein ganz anderer Vorgang als die Untersuchung auf symptomlose Vorstufen einer bestimmten Erkrankung.

Auslöser für primäre Prävention muss keineswegs immer eine ärztliche Untersuchung sein. Angebote der Gesundheitsförderung richten sich primär an Gesunde. Wenn ärztlich untersucht wird, bezieht sich die Untersuchung nicht primär auf Krankheiten, sondern auf erhöhte Risiken infolge einer Dysbalance zwischen Gesundheitsbelastungen und Gesundheitsressourcen (d. h. in der Regel erhöhtes Risiko für eine Mehrzahl von Krankheiten). Aus einer solchen Diagnose folgt keineswegs immer eine sinnvolle Empfehlung für individuelle Prävention. Ob ärztliche Beratung und Empfehlungen tatsächlich zu einer verstärkten Inanspruchnahme und konsequenten Nutzung individueller Prävention (i.d.R. Kurse) führt, ist unklar. Zudem ist nicht sichergestellt, dass die niedergelassenen Ärzte in Deutschland durchgängig für professionelle Gesundheitsberatung qualifiziert sind. Belastbare Evidenz über die Qualität ärztlicher Gesundheitsberatung und zur Wirkung solcher Gesundheitsberatung auf Inanspruchnahme individueller Prävention bzw. auf das individuelle Gesundheitsverhalten liegt nach unserer Kenntnis hierzu nicht vor.

Früherkennung definierter, (noch) symptomloser Erkrankungen ist hingegen eine ärztliche Aufgabe, aus der auch definierte individuelle medizinisch-therapeutische Konsequenzen folgen. Für das Screening werden seit Jahrzehnten die bereits 1968 entwickelten und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) übernommenen Kriterien (vgl. Wilson & Jungner) verwendet, die sich auch in der aktuellen Fassung des § 25 Absatz 3 SGB V finden.

Es wird dringend empfohlen, zur bewährten Unterscheidung zwischen der ärztlichen Früherkennung als Weg zur effektiveren individuellen Therapie und den sehr verschiedenen Wegen zu den verschiedenen Formen der nicht-medizinischen Primärprävention und Gesundheitsförderung zurückzukehren und die unglückliche und missverständliche Vermengung in der vorgeschlagenen Fassung des § 25 SGB V wieder aufzulösen. Dann ergäbe sich auch wieder ein sinnvolles Verhältnis zwischen Absatz 1 und Absatz 3 des § 25 SGB V. In Absatz 3 wäre dann wieder ausschließlich von „Krankheiten“ die Rede, während sich die Untersuchungen nach Absatz 1 eben keineswegs auf definierte Krankheiten beziehen (können).

Absatz 1: Der Gesetzentwurf sieht ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur „Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung“ vor. Die Untersuchungen sollen auch – sofern medizinisch angezeigt - eine Präventionsempfehlung zur individuellen Verhaltensprävention in Form einer ärztlichen Bescheinigung umfassen.

Nach Kenntnis und Ansicht des Paritätischen gibt es für die gesundheitliche Wirksamkeit des vorgesehenen Verfahrens keine wissenschaftliche Evidenz. Es wird daher abgelehnt. Gleiches gilt im Hinblick auf die diagnostische Kompetenz von Kinder- und Jugendärzt/innen für gesundheitlich wirksame Beratungen. Es widerspricht der Logik der Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte, medizinische Leistungen, für die es keine wissenschaftliche Evidenz gibt, gesetzlich vorzuschreiben.

§ 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Absatz 1: Die Absicht, gesundheitsrelevante Entwicklungsstörungen früher und präziser zu erfassen und darauf professionell zu reagieren, wird vom Paritätischen grundsätzlich unterstützt. Allerdings erscheint die Formulierung in Absatz 1 Satz 1 verrutscht: Regelmäßig geht es bei Kinderuntersuchungen in diesem Kontext eben nicht um die ‚Früherkennung von Krankheiten, die die (…) Entwicklung gefährden‘, sondern es ist gerade umgekehrt. Der Paritätische schlägt folgende Formulierung vor:

<u>Formulierungsvorschlag</u>:

„Versicherte haben bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Erkennung von Störungen ihrer körperlichen, geistigen und psychosozialen Entwicklung, die das Risiko der Entstehung von Krankheiten in nicht geringfügigem Maße erhöhen.“

Der Paritätische gibt in diesem Zusammenhang nochmals zu bedenken, dass keine hinreichende Evidenz besteht, die belegt, dass Kinder- und Jugendärzt/innen in

Deutschland über hinreichende diagnostische Qualifikationen verfügen, solche Störungen sicher zu identifizieren. Im Rahmen von Vorsorge und Früherkennung ist aus Sicht des Paritätischen daher gesetzgeberisch dafür Sorge zu tragen, dass die zuständigen Kinder- und Fachärzt/innen über eine entsprechende Qualifizierung und Fortbildung verfügen, die sie befähigt, Untersuchungen zur Erkennung von Störungen und Fehlentwicklungen durchzuführen und Eltern zu beraten.

Auch können die dabei gegebenenfalls diagnostizierten Beziehungs- oder Entwicklungsstörungen nicht mit der üblichen kassengetragenen, individuellen Verhaltensprävention (Präventionsempfehlung nach § 20 Absatz 5 SGB V) oder generell mit dem Instrumentarium des vorliegenden Gesetzentwurfs bewältigt werden.

Für die gesundheitliche Wirksamkeit der nunmehr bis zum 18. Lebensjahr vorgesehenen Untersuchungen und Beratungen liegt keine wissenschaftliche Evidenz vor. Nur beim Vorliegen solcher Evidenz ließe sich auch abschätzen, in welchen Intervallen solche Untersuchungen und Beratungen sinnvoll wären; Angaben hierzu fehlen im vorliegenden Gesetzentwurf. Erst mit Vorliegen einer solchen Evidenz ließe sich auch einschätzen, ob die ärztliche Beratung anderen Formen der Beratung über- oder unterlegen ist.

Der Paritätische gibt nochmals zu bedenken, dass es der Logik der Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte widerspricht, medizinische Leistungen, für die keine wissenschaftliche Evidenz vorliegt, gesetzlich vorzuschreiben.

§ 65a - Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Die Krankenkassen müssen künftig Bonus-Programme anbieten. Die Krankenkassen sollen in ihren Satzungen bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26) oder an Leistungen der Krankenkasse zur verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5) teilnehmen, einen Bonus erhalten. Die bisherige „Kann“-wird zur „Soll“-Regelung.

Der Paritätische kritisiert, dass Präventionsmaßnahmen wie sie in dem Gesetzestext beschrieben werden, in erster Linie von Versicherten wahrgenommen werden, die sich bereits gesundheitsbewusst verhalten und über entsprechendes Gesundheitswissen verfügen. Versicherte, die diese Maßnahmen der Krankenkassen in Anspruch nehmen, verfügen meist über einen relativ hohen sozioökonomischen Status. Versicherte mit niedrigen sozioökonomischen Status – die ein höheres Gesundheitsrisiko aufweisen - nehmen diese individuellen Präventionsleistungen proportional wesentlich seltener in Anspruch als Angehörige mit mittlerem oder hohem sozioökonomischen Status. Sie sind daher doppelt benachteiligt: keine Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen und somit kein Anspruch auf Bonuszahlungen der Krankenkasse.

Der Paritätische Gesamtverband lehnt die geplanten Regelungen im § 65a für Bonus-Programme der Krankenkassen für gesundheitsbewusstes Verhalten aus diesem Grund ab und plädiert dafür, diese Krankenkassenbeträge (Bonuszahlungen) ebenfalls in die Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Lebenswelten fließen zu lassen.

Artikel 3

Änderung des SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung

Die Aufhebung der Deckelung für „medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit“ in § 31 Absatz 1 Nr. 2 ist zu begrüßen.

Allerdings geht es hier nur um medizinische Leistungen. Es fehlt eine Bevollmächtigung der Rentenversicherung zur Durchführung nicht-medizinischer Gesundheitsförderung. Zudem ergeben sich hier Abgrenzungsprobleme zwischen Primär- und Tertiärprävention.

Artikel 4

Änderung des SGB VII - Gesetzliche Unfallversicherung

Der Paritätische begrüßt, dass die Unfallversicherungsträger an der Entwicklung der nationalen Präventionsstrategie beteiligt werden sollen.

Artikel 5

Änderung des SGB VIII - Kinder- und Jugendhilfe

In seiner vorliegenden Form hat der Gesetzentwurf wenig Gebrauchswert für die Kinder- und Jugendhilfe. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass bei den geplanten Änderungen des § 20 Absatz 3 des SGB V, bei der Benennung und Aufzählung der Gesundheitsziele ein Ziel fehlt, das konkret die Prävention gesundheitsrelevanter Belastungen junger Menschen anstrebt. So stellen beispielsweise Erfahrungen häuslicher und sexualisierter Gewalt schwere psychische und körperliche Belastungen für junge Menschen dar, die in einem hohen Maße auch Gesundheitsrisiken und -folgen beinhalten. Auch für Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken oder drogenabhängigen Eltern bestehen erhebliche gesundheitliche Risiken, die mit präventiven Angeboten und Maßnahmen gemindert werden könnten.

Der vorliegende Gesetzentwurf hat zwar den Anspruch, wie es heißt: „(…) die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Menschen, etwa in Kindertageseinrichtungen, der Schule, dem Betrieb oder den stationären Pflegeeinrichtungen“ zu stärken sowie eine „Stärkung gesundheitlicher Strukturen in der Lebenswelt“ mit „niedrigschwelligen Zugängen“ zu erreichen. Beratungs- und Unterstützungsangebote für junge Menschen mit Erfahrungen häuslicher Gewalt oder sexualisierter Gewalt oder niedrigschwellige Unterstützungsangebote für Heranwachsende psychisch kranker oder suchtabhängiger Eltern werden jedoch an keiner Stelle erwähnt.

Der Gesetzentwurf schlägt ferner vor, in § 78c Absatz 1 Satz 3 nach den Wörtern „wirtschaftlich sind“ die Wörter „und ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld für den zu betreuenden Personenkreis zu schaffen“ einzufügen. Der Paritätische erachtet diese Änderung als vollständig kontraproduktiv. Es ist zu befürchten, dass damit die „Pflichten der Träger“ sogenannter erlaubnispflichtiger Einrichtungen - wie z.B. Kitas oder Heime - erweitert werden sollen. Mit der geplanten Neuregelung soll erreicht werden, dass die Voraussetzung einer Betriebserlaubnis daran festgemacht wird, ob „über verhaltenspräventive Ansätze in Gestalt pädagogischer Leistungen (z. B. Gesundheitserziehung) hinaus gesundheitsförderliche Strukturen in Einrichtungen unterstützt werden“. Weiter heißt es: „Wesentlicher Bestandteil gesundheitsförderlicher Strukturen ist eine entsprechende Konzeption und Ausgestaltung der Einrichtung, etwa in Gestalt gesunder Verpflegungsangebote und vorhandener Räumlichkeiten für sportliche Aktivitäten sowie Einrichtungsregeln zum Umgang mit Suchtmittelkonsum“.

Der Paritätische bestreitet, dass aufgrund der genannten Maßnahmen, eine Reduktion des Drogenkonsums zu erreichen ist. Auch die Ausführungen im Begründungsteil sind dazu sehr schwach. Eine Berücksichtigung neuester Erkenntnisse aus der Suchtforschung sowie Erfahrungen aus der praktischen Arbeit der Suchtprävention unterbleiben hier vollständig.

Artikel 6

Änderung des SGB XI - Soziale Pflegeversicherung

Die Verpflichtung der Pflegekassen zur Setting-Prävention in der stationären Altenpflege ist zu begrüßen, wird jedoch dem Gesetzesanspruch nicht gerecht. Prävention für ältere Menschen und zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit muss bereits vorher ansetzen, d. h. vor Eintritt einer Pflegebedürftigkeit und erst recht vor der Notwendigkeit einer stationären Versorgung. Soll der Gesetzesentwurf älteren Menschen gerecht werden, müssen neben Menschen in der stationären Versorgung auch Menschen in der eigenen Häuslichkeit erreicht werden. Für die Erstellung des notwendigen Maßnahmenplans müssen neben den Pflegebedürftigen ebenfalls alle

in die Versorgung Involvierten (u. a. Angehörige, Ärzte, Pflegekräfte des ambulanten Dienstes etc.) einbezogen werden.

Der Finanzrahmen von rund 21 Millionen Euro pro Jahr erscheint knapp bemessen.

Die Formulierung zur Legaldefinition von Lebensweltinterventionen in der stationären Pflege sollte derjenigen zu den anderen Lebensweltinterventionen angeglichen werden (vgl. Formulierungsvorschlag des Paritätischen: § 20 a Absatz 1 Satz 4 SGB V).

Berlin,17.04.2015

Der Paritätische Gesamtverband e. V.

Oranienburger Straße 13-14

10178 Berlin

www.der-paritaetische.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(10)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
17.04.2015

Diakonie Deutschland

Evangelischer Bundesverband

Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.

Vorstand Sozialpolitik

Maria Loheide
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
Telefon: +49 30 65211-1632
Telefax: +49 30 65211-3632
maria.loheide@diakonie.de

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)
(Bt-Drs. 18/4282)

Berlin, 24.03.2015

Stellungnahme der Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Bt-Drs. 18/4282)

Die Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband nimmt als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege zu dem vorliegenden Gesetzentwurf wie folgt Stellung:

1. Allgemeines

Die Diakonie Deutschland begrüßt das Anliegen des Gesetzentwurfs, Primärprävention und Gesundheitsförderung neu zu regeln. Die Diakonie Deutschland hat in den letzten Jahren die Diskussion um ein Präventionsgesetz intensiv begleitet und ihre Erwartungen an ein Präventionsgesetz ausführlich formuliert. Die Diakonie Deutschland hat ihr Verständnis von Prävention umfassend dargelegt, auf strukturelle Probleme der Präventionslandschaft aufmerksam gemacht und Lösungsvorschläge entwickelt.

Nach Auffassung der Diakonie Deutschland sollte das Präventionsgesetz die nichtmedizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung regeln. Schwerpunkt sollte die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebensbedingungen sein. Verhaltenspräventive Maßnahmen sind in der Regel nur eingebettet in den „Settingansatz“ wirksam. Primärprävention und Gesundheitsförderung sollen dazu dienen, gesundheitliche Ungleichheit abzubauen.
In struktureller Hinsicht ist es wichtig, dass die „Präventionsträger“ gut zusammenarbeiten und stabile Kooperationsstrukturen geschaffen werden. Wir wissen, dass dies im föderalen Staat mit gegliedertem Sozialversicherungssystem eine große Herausforderung ist.
Präventions- und Gesundheitsförderung können nur gelingen, wenn die Menschen, um die es geht, einbezogen werden. Dies gilt über die praktische Präventionsarbeit hinaus auch für die Beteiligung an den Festlegungen zu den präventiven Handlungsfeldern, den Strategien und zu Fragen der Qualitätssicherung. Deshalb ist es von großer Bedeutung, dass die Zivilgesellschaft sich an diesen Prozessen beteiligen kann.
Dies verlangt den öffentlichen „Präventionsträgern“ einen Perspektivenwechsel ab, weg von der Maßnahme hin zu einem partizipativen Prozess.
Die Diakonie weist auf die Gefahr hin, dass ein Präventionsgesetz und seine Umsetzung mit zu starren und bürokratischen Vorgaben verbunden sind. Uns ist es wichtig, dass die Akteure im

Bund und vor allem in den Ländern und Kommunen Raum haben zu entscheiden, wie sie präventiven Erfordernissen vor Ort zu begegnen.

Der Gesetzentwurf wird von der Diakonie Deutschland differenziert beurteilt: Er enthält zahlreiche positiv zu bewertende Elemente, aber auch Bestimmungen, die aus unserer Sicht in die falsche Richtung gehen und dringend korrigiert werden müssen.

Insbesondere folgende Regelungen im Gesetzentwurf begrüßt die Diakonie Deutschland:

- Primärpräventive Leistungen der GKV erhalten ein stärkeres Gewicht.
- Die Verpflichtung der Kassen, einen bestimmten Betrag explizit für lebensweltbezogene Präventionsmaßnahmen bereitzustellen, ist sinnvoll. Auch begrüßen wir die Klarstellung, dass es sich bei diesem Betrag um einen unteren Grenzwert handelt.
- Die Zielsetzung, betriebliche Gesundheitsförderung gezielt zu stärken und mithin dem Betrieb als wichtiger Lebenswelt gerecht zu werden, sehen wir positiv. Auch das Kooperationsgebot der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung ist zu begrüßen.
- Die Fokussierung auf gemeinsame Ziele erlaubt eine bessere Abstimmung der Akteure.
- Der Weg über Vereinbarungen auf Bundes- und Landesebene Kooperationen zu begründen, wird ausdrücklich begrüßt.

Als problematisch bewertet die Diakonie Deutschland vor allem:

- einen auf individuelle Ressourcen bezogenen Begriff von Gesundheitsförderung, der wegführt von dem Anliegen, Lebensbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten
- die zu starke Betonung der medizinischen Verhaltensprävention
- die Beauftragung der BZgA mit auf die Lebenswelt bezogenen Präventionsaufgaben
- die Einbeziehung der Pflegeversicherung bei Übertragung von Aufgaben der Krankenversicherung
- nicht ausreichende Kooperationsregelungen in der betrieblichen Prävention
- nicht ausreichende einbeziehende Einbeziehung der Zivilgesellschaft in die Kooperationsregelungen in den Ländern und im Bund
- die mangelnde Verantwortung des Bundes zusammen mit den Ländern für die Etablierung und Finanzierung der für die nichtmedizinische Primärprävention notwendigen Infrastruktur.

Die Diakonie Deutschland möchte an dieser Stelle auf drei Anliegen besonders aufmerksam machen:

- Verhältnisprävention stärken: Die Legaldefinitionen von Primärprävention und Gesundheitsförderung müssen auch die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen ermöglichen. In diesem Zusammenhang ist auch der Bedeutung psychischer Gesundheit für die allgemeine Gesundheit Rechnung zu tragen sowie der Zunahme diagnostizierter psychischer Erkrankungen, für die eine enge Korrelation mit Armut belegt ist.
- Suchtprävention integrieren: Die Alkoholprävention muss als Anliegen explizit im Gesetz aufgeführt werden. Hierzu liegen ausgearbeitete Präventionskonzepte vor.

- Prävention und Gesundheitsförderung gemeinsam und nachhaltig verantworten: Die Diakonie schlägt vor, dass in die Rahmenverträge auf Landesebene zivilgesellschaftliche Akteure, darunter die Freie Wohlfahrtspflege, einbezogen werden. Um der stets beklagten „Projektitis“ zu begegnen, schlagen wir vor – in Anlehnung an die Finanzierung der Selbsthilfe (Gemeinschaftsförderung) nach § 20c Abs. 3 SGB V – mindestens 50 % der Mittel für nicht-betriebliche Settings in vereinbarte Landesprogramme zu verausgaben. So richtig es ist, dass der Gesetzgeber von früher favorisierten Fondslösungen abgekommen ist, so sinnvoll ist es, dass sich alle Akteure auf Landesebene auf gemeinsame Vorhaben und deren Finanzierung verständigen.

2. Im Einzelnen:

Zu einzelnen Themen des Gesetzentwurfs nimmt die Diakonie Deutschland wie folgt Stellung:

A. Artikel 1 - Änderung des Sozialgesetzbuchs V

- **§ 1 SGB V Satz 1, Solidarität und Eigenverantwortung**

Gesetzentwurf:
Die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten wird ergänzt.

Bewertung:
Die Diakonie plädiert dafür, auf die vorgeschlagene Regelung zu verzichten.
Die Betonung der gesundheitlichen Eigenverantwortung verschiebt die Aufgabe eines Präventionsgesetzes von der lebenslagenbezogenen Prävention hin zur individuellen Verantwortung für die Gesundheit. Der einzelne Mensch ist jedoch nur sehr bedingt in der Lage, gesundheitliche Risiken, die sich aus der Lebenslage ergeben, zu kompensieren. In der Individualisierung und Moralisierung des gesundheitsbezogenen Lebensstils sieht die Diakonie deshalb ein Problem. Deshalb sollte ein Präventionsgesetz sich auf die Gestaltung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen konzentrieren. Der einzelne Mensch sollte befähigt werden, aber die Entscheidung, wie ein Mensch leben will, sollte ihm überlassen bleiben. Unserer Auffassung nach sind es häufig zu geringe Handlungsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten, die Menschen darin behindern, die Fürsorge für ihre Gesundheit wahrzunehmen. Mitunter stellen ungesunde Verhaltensweisen auch einen Versuch dar, Belastungen wie Stress, Zeitmangel, finanzielle Nöte kurzfristig zu bewältigen. Die Diakonie hält die bisherige Formulierung zum Grundsatz der Eigenverantwortung § 1 SGB V für ausreichend.

Forderung:
Streichung der vorgesehenen Ergänzung.

- **§ 2b SGB V, Geschlechtsspezifische Besonderheiten (neu)**

Gesetzentwurf:
Es wird neu eingeführt, dass bei Leistungen der Krankenkassen geschlechtsspezifischer Besonderheiten Rechnung zu tragen ist.

Bewertung:
Die vorgeschlagene Bestimmung wird als Beitrag zum Gender Mainstreaming im Bereich des SGB V begrüßt**.** Um über den postulatorischen Charakter hinauszukommen, spricht sich die Diakonie dafür aus, Probleme der geschlechtsspezifischen Gesundheitssicherung in einer sektorenübergreifenden Strategie systematisch unter Einbeziehung aller wichtigen Akteure zu bearbeiten. Das Thema ist zudem in der Public Health-Forschung zu stärken.

- **§ 20 SGB V, Primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

Gesetzentwurf:
Der neue Paragraph regelt die primäre Prävention und Gesundheitsförderung. Zukünftig sollen Krankenkassen in ihren Satzungen Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken und zur Gesundheitsförderung, hier gefasst als selbstbestimmtes gesundheitliches Handeln der Versicherten, vorsehen. Insbesondere soll auf die Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen abgezielt werden.
Durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sollen einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für diese Leistungen festgelegt werden. Dabei soll unabhängiger Sachverstand (gesundheitswissenschaftlich, ärztlich etc.) einbezogen werden. Es soll ein Zertifizierungsverfahren für Leistungen entwickelt werden. Die Festlegungen werden online veröffentlicht.
Dabei sollen sieben Gesundheitsziele (zu Diabetes mellitus II, Brustkrebs, Tabakkonsum, gesund aufwachsen, Gesundheitliche Kompetenz, Depressionen, gesundes Altern) berücksichtigt werden.
Beabsichtigt sind Leistungen der individuellen Verhaltensprävention, zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und zur Gesundheitsförderung in Betrieben.
Leistungsangebote sind zu zertifizieren. Die Kassen sollen zur Wahrnehmung ihrer Ausgaben mit einer Übergangszeit ab dem Jahr 2016 einen Betrag von 7 € pro Versichertem ausgeben, davon mindestens 2 € für lebensweltbezogene Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung.

Bewertung:
Die Bestimmung von primärer Prävention und Gesundheitsförderung als in der Satzung der Krankenkassen aufzunehmende Leistungen wird ausdrücklich begrüßt.

Problematisch ist jedoch die begriffliche Fassung der verwendeten Begriffe: Gesundheitsförderung ist keinesfalls auf die „Förderung des selbstbestimmten gesundheitlichen Handelns der Versicherten“ zu reduzieren. Gesundheitsförderung muss immer auch auf die Gestaltung der Lebensverhältnisse zielen. Ein Bezug darauf, damit auf Verhältnisprävention, findet sich nicht, auch der Begriff der primären Prävention wird nicht auf Lebenslagen bezogen. Aufgrund dieser begrifflich-konzeptionellen Entscheidung droht das Präventionsgesetz stark verhaltensorientiert ausgerichtet zu werden.

Die Festlegung von einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien durch den GKV-Spitzenverband wird begrüßt, sie sollte im Einvernehmen mit den Akteuren der Nationalen Präventionsstrategie (nach § 20e) erfolgen.

Die Zertifizierung von Leistungsangeboten ist aus Sicht der Diakonie nur für verhaltenspräventive Leistungen sinnvoll. Lebensweltbezogene und betriebliche Präventionsmaßnahmen sind nur durch Partizipation mit den betroffenen Menschen möglich, sie sind nur begrenzt planbar und standardisierbar. Stattdessen ginge es um die Umsetzung von Qualitätskriterien wie Partizipation, die Ausrichtung auf das Ziel der Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit, etc., wie sie u.a. durch Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ formuliert wurden. Eine Zertifizierung lebensweltbezogener und betrieblicher Präventionsmaßnahmen lehnt die Diakonie deshalb ab. Qualitätsstandards sollte die Nationale Präventionskonferenz zusammen mit der BzgA formulieren. Diese Standards sollten in die Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f aufgenommen werden..

Die Formulierung von krankheitsbezogenen Gesundheitszielen ist in manchen Hinsichten problematisch (Diabetes, Brustkrebs, Depression). Viele Maßnahmen der nichtmedizinischen Primärprävention und Gesundheitsförderung sind unspezifisch, aber dennoch erfolgreich. Ihre direkte Verbindung zu bestimmten Krankheiten ist deshalb nicht sinnvoll. Sofern Früherkennungsmaßnahmen verbessert werden sollen, sind sie von Maßnahmen der sozialen Prävention deutlich abzugrenzen und getrennt zu diskutieren (Diabetes mellitus Typ 2). Bei der Bewältigung von Krankheiten kommt nichtmedizinischer Prävention hingegen eine große Rolle zu („Lebensqualität erhöhen“ im Kontext von Brustkrebs). Bezüglich der Mortalität von Brustkrebs ist ein Präventionsgesetz überfordert. Die Reduzierung von Tabakkonsum muss in eine übergreifende Strategie der Suchtprävention eingebaut werden. Die Alkoholprävention ist dringend in die Liste der Präventionsziele in Abs. 3 aufzunehmen. Auch die Prävention von depressiven Erkrankungen muss in eine Strategie einpasst sein, die spezifische und unspezifische Maßnahmen verbindet. Über das Ziel der Prävention depressiver Erkrankungen hinaus sollte die Förderung der psychischen Gesundheit als präventives Anliegen formuliert werden.

Wie schon in Abs. 1 wird auch in Abs. 4 der Unterschied zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention begrifflich nivelliert. Neben Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention werden Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Settings (Lebenswelten und Betriebe) erbracht. Primärprävention und Gesundheitsförderung sollten aber nicht nur in Settings stattfinden, sondern die Settings sind selbst gesundheitsförderlich zu gestalten. Die in Abs. 4 ausgedrückte Engführung ist abzulehnen. Die Diakonie gibt zu bedenken, dass die Komm-Struktur verhaltensorientierter Angebote gerade sozial benachteiligte Gruppen kaum erreicht.

Ausdrücklich begrüßt wird hingegen, dass für die Maßnahmen in Lebenswelten und Betrieben jeweils ein eigener finanzieller Betrag zur Verfügung gestellt wird.

Die Diakonie hält es für sinnvoll, Präventionsmaßnahmen in viel stärkerem Maße als dies bislang geschieht, auf die Lebenssituation besonders vulnerabler Gruppen auszurichten. So fehlt es beispielsweise bislang nachweislich an wirksamen und finanzierten Maßnahmen der Gesundheitsförderung für psychisch kranke Menschen, mehrfachbehinderte Menschen, suchtkranke Menschen, Erwerbs-, Wohnungslose und Flüchtlinge. Zu denken ist auch an Kinder von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern oder von Gewalt bedrohte Menschen. Ein in der Öffentlichkeit bislang kaum thematisiertes Thema betrifft Menschen, die einer Trauerbegleitung bedürfen. Oftmals haben sich Menschen mit diesen oder anderen Problemen selbst organisiert, z. B. in Selbsthilfegruppen. In präventiver Hinsicht ist es geboten, mit der Selbsthilfe zusammenzuarbeiten und diese ausreichend zu finanzieren.
Exemplarisch sollen Probleme der gesundheitlichen Versorgung von Prostituierten oder von Menschenhandel Betroffenen genannt werden: Wie auch Menschen in anderen problematischen Lebenskonstellationen brauchen sie (hier: anonyme und kostenlose) Untersuchungs- und Bera-

tungsangebote sowie aufsuchende Arbeit durch spezialisierte Beratungsstellen und das Gesundheitsamt, die betroffenen Menschen müssen in die Planung und Umsetzung von gesundheitsbezogenen Angeboten einbezogen werden und eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen sozialen, gesundheitlichen und weiteren Einrichtungen bzw. Institutionen ist notwendig, wie auch mehrsprachige Informationen über gesundheitliche und soziale Angebote.

An dieser Stelle geht es nicht um eine abschließende Auflistung, worauf es uns ankommt ist, dass die präventiven Strategien der Vielgestaltigkeit des sozialen Lebens gerecht werden. Wenige und standardisierte Präventionsprogramme, die sich an „klassischen" Lebensstilrisiken orientieren, werden dem nicht gerecht. Zudem kann Prävention gerade mit Menschen in schwierigen Lebenslagen nur gelingen, wenn die Akteure in den einzelnen sozialen Feldern schon in die Formulierung der präventiven Anliegen einbezogen werden.

Um eine „Projektitis" zu vermeiden, sollten sich die Akteure auf Landesebene auf Gemeinschaftsprogramme verständigen. In diese sollten mindestens 50 % der Mittel fließen, die die Kassen für die gesundheitsförderliche Gestaltung nicht-betrieblicher Settings ausgeben.

Nicht verausgabte Mittel für Leistungen für die gesundheitliche Gestaltung von Lebenswelten sollten im Folgejahr zur Verfügung stehen.

Forderungen:
Die Legaldefinition von Gesundheitsförderung in § 20 Abs. 1 Satz 1 sollte lauten:
„…sowie zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (Gesundheitsförderung), die dem Versicherten ein Höchstmaß an Selbstbestimmung über seine Gesundheit ermöglichen, vor".

In § 20 Abs. 2 wird ein neuer Satz 2 eingefügt:
„Sie erfolgt im Einvernehmen mit der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e"

In § 20 Abs. 2 wird der Satz 2 zum Thema Zertifizierung wird wie folgt modifiziert:
Das Wort „insbesondere" und die Worte „"und 3" werden gestrichen.
Aussagen zu Qualitätsanforderungen für Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 formuliert die nationale Präventionskonferenz (vgl. § 20d Abs. 3 Satz1).

In § 20 Abs. 3 wird in der Auflistung eine Nummer 2 mit folgendem Text eingefügt:
„2. Alkoholkonsum reduzieren, Kompetenzen um Umgang erhöhen". Die Aufzählung verschiebt sich entsprechend.

In Absatz 4 wird Nummer 2. so gefasst:
„Leistungen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a".

In Abs. 6 wird ein neuer Satz 3 eingefügt:
„Für die nach § 20 Abs. 4 Nummer 2 erbrachten Leistungen werden mindestens 50 % der dafür bestimmten Mittel in Landesprogrammen verausgabt, auf die sich die Vertragspartner nach § 20f verständigt haben".

Die Diakonie schließt sich dem Formulierungsvorschlag des Bundesrats (DS 640/14) an, nach dem die verausgabten Mittel für Leistungen nach § 20a im Folgejahr zur Verfügung stehen.

- **§ 20a SGB V, Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten**

Gesetzentwurf:
Als Lebenswelten werden für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports definiert. In diesen Bereichen sollen die Krankenkassen zukünftig den Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen fördern. Dazu gehören Erhebungen zur gesundheitlichen Situation und die Entwicklung von Vorschlägen zu deren Verbesserung, die Stärkung von Ressourcen und Fähigkeiten und die Unterstützung der Umsetzung dieser Vorschläge.
Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Wiedereingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, arbeiten die Kassen mit der BA und den kommunale Trägern der Grundsicherung für Arbeitslose eng zusammen.
Bei Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen angemessene Eigenleistungen zu erbringen kann die Krankenkasse zukünftig auch Leistungen zur Prävention in Lebenswelten erbringen.
Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung führt ab 2016 kassenübergreifende Leistungen zur lebensweltlichen Prävention v. a. für Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen durch, ggf. mit geeigneten Kooperationspartnern. Dafür erhält sie mindestens ein Viertel der Mittel, die die Krankenkassen für lebensweltbezogene Prävention aufzuwenden haben.

Bewertung:
Die Nennung von ausgewählten „Lebenswelten“ – ohne sie abschließend aufzulisten – wird begrüßt. Wir schlagen vor, den Stadtteil als „Lebenswelt“, die gesundheitsförderlich zu gestalten ist, aufzunehmen. Auf diesem Wege würde auch ein wichtiges Anliegen der „Sozialen Stadt“ aufgenommen.

Die Formulierung vom „Aufbau und Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ ist undeutlich, denn es ist nicht eindeutig, dass es sich um die Strukturen der Lebenswelt handelt.

Die Diakonie unterstützt ausdrücklich, dass die Krankenkassen bei der Erbringung von Leistungen für Menschen, deren berufliche Wiedereingliederung aus gesundheitliche Gründen erschwert ist, mit der BA und den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitslose eng zusammenarbeiten sollen. Da es sich hier um einen Kreis von Personen handelt, dessen Teilhabe aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt (oder erschwert) ist, sind präventive Maßnahmen unzureichend. In Umsetzung des SGB IX und der erst Kürzlich auf der Ebene der BAR verabschiedeten Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“, sind die Rehabilitationsträger bei Vorliegen von Anhaltspunkte zur Bedarfserkennung und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, hier: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, verpflichtet. Diese Verpflichtung sollte im Gesetzestext klargestellt werden.

Problematisch ist die Beauftragung der BZgA durch den GKV-Spitzenverband. So begrüßenswert es ist, die Prävention in Lebenswelten kassenübergreifend zu leisten, so wenig überzeugend ist die Übertragung auf die BZgA, die fernab der „Lebenswelten“ Aufgaben wahrnimmt und deshalb ihrerseits Kooperationspartner heranziehen soll.

Ebenso problematisch ist es, dass die BZgA für diese Leistungen aus dem Etat der Krankenversicherung vergütet werden soll. Im Gesetz sollte sehr deutlich zwischen Aufgaben und Finanzierung der GKV und Aufgaben des Bundes unterschieden werden. Anstelle der BZgA sollen die

Krankenkassen selbst die o. g. kassenübergreifenden Leistungen vereinbaren. Die Aufgaben der BZgA sollten konzentriert werden auf Konzeptberatung, Qualitätsentwicklung und Evaluation (nebst Geschäftsführung der nationalen Präventionskonferenz). Diese Aufgaben sollten aus dem Bundeshaushalt finanziert werden.

Die Diakonie schließt sich der kritischen Bewertung des Bundesrats bezüglich in Abs. 2 formulierten „angemessenen Eigenleistung“ der Verantwortlichen für die „Lebenswelten“ an.

Forderungen:
Abs. 1 Satz 2 schließt mit den Worten:
„…mit Leistungen zum Aufbau und zur Stärkung der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebenswelten“.

Abs. 1 wird um folgenden Satz ergänzt:
„Dabei wird auch ermittelt, ob aufgrund eines Teilhabebedarfs Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 SGB IX zu erbringen sind“.

In Abs. 3 wird in Satz 1 nach dem Wort „Schulen“ ein Komma gesetzt, das Wort „sowie“ gestrichen nach dem Wort „Menschen“ die Wörter „und Stadtteilen“ eingefügt.

In Abs. 3 werden die Aussagen zur Beauftragung der Finanzierung der BZgA gestrichen. Abs. 4 kann gestrichen werden.

Die Diakonie unterstützt das Anliegen des Bundesrats (DS 140/14), dass die BzgA mit und für die Krankenkassen Aufgaben der Konzeptentwicklung, Qualitätssicherung und Evaluation wahrnehmen sollte. Zu diesem Zwecke sollten die Träger der Nationalen Präventionsstrategie nach § 20d (im Einvernehmen mit den anderen in § 20d genannten Akteuren) eine Vereinbarung abschließen.

- **§ 20b (neu) SGB V, Betriebliche Gesundheitsförderung**

Gesetzentwurf:
Die Betriebsärzte und die Fachkräfte für Arbeitssicherheit werden zukünftig an der Erhebung der gesundheitlichen Situation in Betrieben beteiligt

Bewertung:
Die Einbeziehung der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit erscheint sinnvoll, um sicherzustellen, dass alle Kompetenzen und Stakeholder an der betrieblichen Prävention beteiligt sind.

- **§ 20c (neu) SGB V, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren**

Gesetzentwurf:
Aus dem bisherigen § 20b wird § 20c und in Abs. 1 Satz 2 wird bestimmt, dass die Krankenkassen Betriebliche Gesundheitsförderung in Abstimmung mit den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung erbringen.

Bewertung:
Die Diakonie begrüßt, dass die Erbringungen von Leistungen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgen soll.

- **§ 20d SGB V, Nationale Präventionsstrategie**

Gesetzentwurf:
Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherungsträger sowie Pflegekassen sollen eine gemeinsame Präventionsstrategie entwickeln. Dies umfasst bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung von Gesundheitsförderung und Prävention, zur Zusammenarbeit der zuständigen Akteure, zu gemeinsamen Zielen und vorrangigen Handlungsfeldern und Zielgruppen sowie zu den zu beteiligenden Akteuren und Dokumentationspflichten. Dies soll im Benehmen mit BMAS, BMFSFJ und BMG geschehen. An der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen werden die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der Grundsicherung für Arbeitslose sowie die öffentlichen Jugendhilfe beteiligt.
Alle vier Jahre soll ein Präventionsbericht (zu den Ausgaben, den Zugangswegen, den erreichten Personen, den erreichten Zielen, der Qualitätssicherung und der Zusammenarbeit etc.) verfasst werden, der dem BMG zugeleitet wird.

Bewertung:
Der im Entwurf formulierte Weg, dass sich auf Bundesebene Akteure durch Rahmenempfehlungen abstimmen, ist grundsätzlich eine elegante Lösung im föderalen und gegliederten System. Jedoch ist die Einbeziehung der Zivilgesellschaft unzureichend und mit dem Anspruch Prävention „gesamtgesellschaftlich“ zu verantworten, nicht zu vereinbaren. Im Kreis der Bundesministerien fehlt das Bauministerium, das mit dem Programm der „Sozialen Stadt“ einen wichtigen Beitrag zur gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung leistet.

Forderung:
An der Vorbereitung und Entwicklung der Rahmenempfehlungen sind die Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zu beteiligen:
In § 20 d Abs. 3 werden im letzten Satz nach dem Wort „Vorbereitung“ die Wörter „und Entwicklung“ eingefügt. Nach dem Wort „Jugendhilfe“ werden eingefügt:
„ ,die BAG der Freien Wohlfahrtspflege und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen“.

Die Rahmenempfehlungen dürfen nicht nur im Benehmen, sondern im Einvernehmen mit den anderen genannten Akteuren in Satz 3 Abs. 3 vereinbart werden:
In Abs. 3 Satz 3 wird das Wort „Benehmen“ durch „Einvernehmen“ ersetzt.
In den Kreis der Bundesministerien ist das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit einzubeziehen.

Das Nationale Präventionsforum ist stärker zu beteiligen. § 20d Abs. 3 wird deshalb ergänzt um den Satz:
„An der Vorbereitung und Entwicklung der Rahmenempfehlungen wird das Nationale Präventionsforum nach § 20e Abs. 2 beteiligt“.

Die Diakonie schlägt vor, dass die Träger der Nationalen Präventionsstrategie (im Einvernehmen mit den anderen in § 20d genannten Akteuren) mit der BzgA eine Vereinbarung zu Fragen der Konzeptentwicklung, Qualitätssicherung und Evaluation abschließen.

- **§ 20e SGB V, Nationales Präventionskonferenz**

Gesetzentwurf:
Als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger soll eine Nationale Präventionskonferenz eingerichtet werden, die die nationale Präventionsstrategie entwickelt, umsetzt und fortschreibt. Eventuell erhalten auch die Privaten Krankenversicherer einen Sitz. Außerdem sind Bund und Länder, die kommunalen Spitzenverbände, die Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und -nehmer beteiligt. Die Geschäftsführung liegt bei der BZgA. Jährlich findet ein beratendes Präventionsforum statt, mit Vertretern der relevanten Präventionsakteure.

Bewertung:
Die Schaffung einer nationalen Präventionskonferenz ist zu begrüßen. Problematisch ist jedoch, dass die Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie bei nur sehr wenigen Playern liegen soll. Die Entwicklung einer Präventionsstrategie kann nur gelingen, wenn Akteuren auf unterschiedlicher Ebenen beteiligt sind.

Forderungen:
Bund und Länder müssen an der nationalen Präventionskonferenz mit dem Ziel der Herstellung von Einvernehmen mitwirken:
An § 20e Abs. 1 Satz 6 wird folgender Satz angefügt:
Mit den zuständigen Stellen der Länder und den in § 20d Abs. 3 genannten Bundesministerien ist Einvernehmen herzustellen.

Um eine Beteiligung der Zivilgesellschaft zu gewährleisten, sind die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen mit beratender Stimme an den Sitzungen zu beteiligen.
§ 20e Abs. 1 Satz 7 wird nach dem „Arbeitnehmer“ eingefügt:
„sowie die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen“.

Das Forum ist als arbeitsfähige Kooperationsplattform auszugestalten.

- **§ 20f SGB V, Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie**

Gesetzentwurf:
Krankenkassen, Pflegekassen, die Renten- und Unfallversicherungsträger schließen zukünftig auf Landesebene gemeinsame Rahmenvereinbarungen mit den zuständigen Stellen der Länder zu gemeinsamen Zielen und Handlungsfeldern, zur Koordinierung der Leistungen, zur Klärung von Abgrenzungsfragen, zu Möglichkeiten der gegenseitigen Beauftragung nach SGB X, der Zusammenarbeit zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst und Jugendhilfe und der Mitwirkung weiterer Präventionsakteure. An der Vorbereitung werden die Bundesagentur für Arbeit und die Kommunalen Spitzenverbände beteiligt.

Bewertung:
Der Weg, die Zusammenarbeit über Landesrahmenvereinbarungen zu regeln, wird von der Diakonie Deutschland begrüßt. Die Aufgabenstellung, der Kreis der Verhandlungs- und Kooperationspartner und die infrastrukturellen Rahmenbedingungen sind jedoch anders zu arrangieren. Auch ist zu klären, wie Kooperationsstrukturen der die präventive Arbeit leistenden Akteure in

den Ländern geschaffen und gleichzeitig Doppelstrukturen, etwa zu den Netzwerken der Frühen Hilfen, vermieden werden.

Forderungen:
Um zu abgestimmten Strategien zu gelangen, sollten sich die Vereinbarungspartner auf gemeinsame Landesprogramme verpflichten, die gemeinsam (über einen Fonds) finanziert werden. In sie fließen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von nichtbetrieblichen Lebenswelten mindestens 50 % der Mittel nach § 20 Abs. 4 Punkt 2.

Den Ländern sollte es obliegen, auf Landesebene eine arbeitsfähige Kooperations-, Beratungs- und Infrastruktur, z.B. durch Finanzierung von Landesstellen für Gesundheitsförderung, bereit zu halten. In diese Infrastruktur sollten keine Mittel aus Sozialversicherungszweige fließen.

Ferner sollten sich die Länder zur Unterstützung einer Beratungsstruktur, insbesondere in der Suchtberatung, der Lebensberatung und der Beratung zur medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter verpflichten. Auf diese Weise würden auch Familien, die im Gesetzentwurf nicht als „Lebenswelten“ verstanden werden, in präventive Strategien eingebunden werden können.
In den Landesrahmenvereinbarungen sollte zudem geregelt werden, wie die Kommunen si8ch an der Umsetzung der Vereinbarung beteiligen können.

Nach Punkt 6. wird folgender Satz eingefügt:
„Die Vereinbarungspartner verständigen sich auch auf Gemeinschaftsprogramme zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von nichtbetrieblichen Lebenswelten, in die mindestens 50% der Mittel für Leistungen nach § 20 Abs. 4 Punkt 2 fließen. Den Ländern obliegt die Schaffung einer arbeitsfähige Kooperations-, Beratungs-und Infrastruktur. Sie verpflichten sich gemeinsam mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege zur Unterstützung einer Beratungsstruktur u.a. in der Sucht- und Lebensberatung sowie der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter“.

In die Vorbereitungen der Rahmenvereinbarungen ist die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen einzubeziehen:
In den bisherigen Abs. 2 Satz 2 ist nach dem Wort „Landesebene“ einzufügen:
„und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen“

In den Kreis der Vereinbarungspartner sind die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege als Vertretung der Zivilgesellschaft und zahlreicher Angebote einzubeziehen:
In § 20f Abs. 1 Satz 1 wird nach dem Wort „Stellen“ eingefügt:
„und die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege“.

- **§ 20g SGB V, Modellvorhaben**

Gesetzentwurf:
Es können von den in der Nationalen Präventionsstrategie vertretenen Leistungsträgern Modellvorhaben durchgeführt werden, um lebensweltbezogene Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung zu verbessern. Sie sind auf max. 5 Jahre zu befristen und wissenschaftlich zu begleiten.

Bewertung:
Die Möglichkeit der Entwicklung von Modellvorhaben wird begrüßt. Aus diakonischer Sicht sind hier z.B. auch Projekte zu den Entlastungs- und Befähigungsangebote zu den Themen existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge zu nennen.

- **§ 23 SGB V, Medizinische Vorsorgeleistungen**

Gesetzentwurf:
Wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände können Versicherte auch aus medizinischen Gründen in anerkannten Kurorten ambulante Vorsorgeleistungen erhalten.

Bewertung:
Die Absicht, den Zugang zu medizinischen Vorsorgeleistungen für Menschen aufgrund besonderer beruflicher oder familiärer Umstände zu erleichtern, wird begrüßt. Jedoch ist der eingeschlagene Weg nicht ausreichend.

Forderung:
Pflegende Angehörige brauchen auf der Grundlage eines Assessments ein interdisziplinäres Leistungsangebot, das in ein Behandlungskonzept eingebettet ist. Dies kann durch ambulante Vorsorgeleistungen in Kurorten nicht geleistet werden. Die Diakonie Deutschland verweist an dieser Stelle auf die Vorschläge zur Stärkung des Rechtsanspruchs pflegender Angehöriger auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge, die sie in ihrer Stellungnahme vom 07.11.2014 zum Referentenentwurf des GKV-VSG gemacht hat, insbesondere auf das Anliegen, das „gestufte Prinzip“ (kurativ vor ambulant vor stationär) für diesen Personenkreis aufzuheben.

- **§ 24d SGB V, Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe**

Gesetzesentwurf:
Der Gesetzentwurf konkretisiert die Dauer des Anspruchs auf Hebammenhilfe („bis zum Ablauf von zwölf Monaten nach der Geburt, weitergehende Leistungen bedürfen der ärztlichen Anordnung“).

Bewertung:
Die Diakonie begrüßt die Konkretisierung, hält jedoch die Dauer für zu gering. Sie macht sich die Vorschläge und die Begründung des Bundesrats zu eigen.

Forderung:
In dem nach dem Semikolon eingefügten Satzteil werden die Worte „zwölf Wochen“ durch „sechs Monate“ ersetzt.
In Satz 3 wird vor dem Wort "Beratung" das Wort "präventionsorientierte" eingefügt

Ferner wird den § 24d ein Satz angefügt:
„Die Beratung umfasst außerdem Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind, insbesondere nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch - Kinder- und Jugendhilfe“.

- **§ 25 SGB V, Gesundheitsuntersuchungen**

Gesetzentwurf:
Der Anspruch der Versicherten auf Gesundheitsuntersuchungen wird ausgeweitet: Die bisherige Altersbeschränkung (nach Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres) und die Zweijahresfrist werden aufgehoben, es wird der alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte Fokus der Untersuchung betont sowie eine präventionsorientierte Beratung und Präventionsempfehlung für Leistungen der individuellen Verhaltensprävention formuliert. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere in Richtlinien nach § 92.

Bewertung:
Es gibt keinerlei Evidenzen, dass eine Ausweitung der Gesundheitsuntersuchungen und darauf bezogene Empfehlungen zur individuellen Verhaltensprävention gesundheitliche Effekte haben. Verhaltenspräventive Maßnahmen haben den größten Erfolg, wenn sie im „Setting“ und zusammen mit settingbezogenen Maßnahmen stattfinden. Werden einzelne Elemente aus dem Lebensstil herausgegriffen, um sie zu verändern, ist mit wenig Erfolg zu rechnen. Weder die ärztliche Ausbildung noch die klassische Arzt-Patienten-Beziehung sind eine ausreichende Grundlage für eine umfassende Präventionsberatung. Es ist schließlich zu bezweifeln, dass allein mit dem neu geschaffenen Leistungsangebot nach § 25 Abs. 1 SGB V die Zielgruppen erreicht werden, die am stärksten von Gesundheitsrisiken betroffen sind.

Forderung: Die Diakonie empfiehlt, von einer Änderung des § 25 abzusehen.

- **§ 26 SGB V, Gesundheitsuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen**

Gesetzentwurf:
Der Leistungsanspruch von versicherten Kindern und Jugendlichen auf Früherkennung von Krankheiten wird ausgeweitet. Sie umfasst auch die Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklung gefährden, die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und eine darauf bezogene Präventionsempfehlung.

Bewertung:
Die Ausweitung des Leistungsanspruchs bezüglich der Altersgrenze (nun die Vollendung des achtzehnten Lebensjahres) und die Einbeziehung der psychosozialen Entwicklung in Verbindung mit einer Präventionsempfehlung sind zu begrüßen, bedürfen jedoch einer Evaluierung. Auf diese Weise wird der komplexen, unterschiedlichen Dimensionen von Gesundheit umfassender Entwicklung der Kinder und Jugendlichen gerecht.

Forderung:
Die Diakonie Deutschland empfiehlt, bei diesen Präventionsempfehlungen alle systemübergreifenden bzw. integrierten regionalen Angebote der Frühen Hilfen zur Unterstützung von Eltern und ihren Kindern einzubeziehen. Sie schließt sich den diesbezüglichen Vorschläge des Bundesrats an:

In § 26 Absatz 1 Satz 2 nach dem Wort „Kind“ die Wörter “, insbesondere nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch - Kinder- und Jugendhilfe - und im Bereich der Frühen Hilfen im Sinne von § 1 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz" einzufügen.

- **§ 65 SGB V, Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

Gesetzentwurf:
Hinsichtlich der Bonusleistungen sieht der Gesetzentwurf vor, dass die Kann- in eine Soll-Leistung verändert wird und Boni zukünftig in Geldform erfolgen.

Bewertung:
Die Diakonie bezweifelt, dass diese Regelungen die Krankenkassen dazu bewegen, ihre Bonusprogramme auszuweiten. Die Bonusform des Geldes ist eine Engführung, derer es nicht bedarf, sie wird der Komplexität der Bedingungen und Motive menschlichen Gesundheitshandelns sowie gesundheitlicher Belastungen nicht gerecht.

Forderung:
Die Diakonie lehnt die Gesetzesänderung ab.

- **§ 132f SGB V, Versorgung durch Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte**

Gesetzentwurf:
Zur Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen können die Kassen Verträge mit Betriebsärzten abschließen.

Bewertung:
Die Diakonie begrüßt die Einbeziehung der Betriebsärzte in die betriebliche Gesundheitsförderung.

Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

- **§ 20 SGB V Abs. 5, Primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

Gesetzentwurf:
Die Krankenkasse kann eine verhaltensbezogene Leistung erbringen, wenn sie zertifiziert ist.

Bewertung:
Es wird verwiesen auf unsere obigen Aussagen zur Zertifizierung (Artikel 1).

- **§ 20a Abs. 3 Satz 3 SGB V, Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten**

Gesetzentwurf:
Die BZgA erhält vom GKV-Spitzenverband eine pauschale Vergütung (mindestens ein Viertel des Betrags, den die Krankenkassen für Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Lebenswelten ausgeben).

Bewertung:
Es wird verwiesen auf die obige kritische Bewertung der Beauftragung der BZgA.

- **§ 20c SGB V, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (bislang § 20b)**

Gesetzentwurf:
Durch Neufassung von Abs. 1 Satz 2 wird bestimmt, dass die Krankenkassen bei individueller, verhaltensbezogener Prävention im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung die ärztliche Präventionsempfehlung (nach § 25 Abs. 1) berücksichtigen.
Die neu angefügten Abs. 3 und 4 bestimmen, dass die Krankenkassen unter Nutzung bestehender Strukturen den Unternehmen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anbieten.
Von einer Krankenkasse nicht verausgabte Mittel fließen an den GKV-Spitzenverband, der sie an die Kassen verteilt, die mit örtlichen Unternehmensvereinigungen Kooperationsvereinbarungen geschlossen haben.

Bewertung:
Die Präventionsempfehlung wird (s. o.) kritisch beurteilt. Nichtsdestotrotz macht es Sinn, dass auch in Betrieben individuelle, verhaltensbezogene Maßnahmen stattfinden.

Die Diakonie bewertet die Bestimmungen des Abs. 3 als einen Schritt in Richtung einer gemeinsamen die Unternehmen beratenden und unterstützenden Infrastruktur.
Wie weisen jedoch darauf hin, dass § 20b SGB V (alt) bereits jetzt vorsieht, dass Krankenkassen und die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung in regionalen Arbeitsgemeinschaften zusammenarbeiten sollen. Diese Form der Kooperation sollte unter Einbeziehung der Gesetzlichen Rentenversicherung verpflichtend werden.
Zudem ist die Aufgabenstellung der regionalen Arbeitsgemeinschaften/Koordinierungsstellen dahingehend zu erweitern, dass sie für die Unternehmen und die in ihnen beschäftigten Arbeitnehmer ein Fallmanagement anbieten, um Schnittstellenprobleme zwischen Prävention, Kuration, BEM und medizinischer Rehabilitation zu lösen. Da diese Aufgaben mehreren Trägern der sozialen Sicherung übertragen sind, bietet sich eine entsprechende Formulierung im SGB IX an, mit Verweisen auf Formulierungen in den speziellen Sozialgesetzbüchern. Der Bezug auf das SGB IX ist auch deshalb sinnvoll, weil auf diese Weise § 3 SGB IX (Vorrang von Prävention) und die diesbezügliche Gemeinsame Empfehlung (nach § 13 Abs. 2 Punkt 1) besser umgesetzt werden könnten.

Die Bereitstellung von nicht verausgabten finanziellen Mitteln und ihre Neu- bzw. Weiterverteilung wird ausdrücklich als Anreiz, die betriebliche Prävention in kooperativer Form zu verstetigen, begrüßt.

Forderungen:
Der vorgeschlagene Abs. 3 sollte wie folgt modifiziert werden:

In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenkassen“ die Wörter „ die Rentenversicherung und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung“ eingefügt.

Nach Satz 2 wird eingefügt:
„Sie haben auch die Aufgabe, für die Unternehmen und die in ihnen beschäftigten Arbeitnehmer Schnittstellenprobleme zwischen betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. Arbeitsschutz, Kuration, Betrieblichem Eingliederungsmanagement nach § 84 SGB IX und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu lösen“.

Der bisherige vorgeschlagene Satz 3 wird nach den Worten „die Ersatzkassen“ ergänzt um die Worte „die Rentenversicherung und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung“

In SGB VI und VII sind entsprechende Bestimmungen zu formulieren, ebenso im trägerübergreifenden Recht des SGB IX.

Artikel 3 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

- **§ 31 SGB VI Sonstige Leistungen**

Gesetzentwurf:
Die Träger der Rentenversicherung beteiligen sich an der Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f SGB V.

Bewertung:
Die Einbeziehung der Rentenversicherung in die Präventionsstrategie wird begrüßt.
Im Referentenentwurf wurde noch benannt, mit welchen Leistungen sich die Rentenversicherung beteiligt, nämlich mit in § 31 Abs.1 Nummer 2 benannten medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten.
Gleichzeitig sollte die in § 31 Abs. 3 genannte Ausgabengrenze für diese Leistungen nicht gelten.

Forderung:
Die Diakonie fordert, dass die im Referentenentwurf gefundenen Formulierungen in den Gesetzentwurf übernommen werden. Auf diese Weise wären die Aufgaben der Rentenversicherung in plausibler Weise spezifiziert und zugleich finanziert.
Die im Gesetzesentwurf formulierten Aufgaben sind in ihrer Allgemeinheit zu bestimmungsarm; zugleich wird der Umfang der finanziellen Beteiligung der Rentenversicherung nicht deutlich.

Artikel 4 Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

- **§ 14 Grundsatz**

Gesetzentwurf:
Durch die Änderung des § 14 Abs. 3 wird bestimmt, dass die Unfallversicherungsträger an der nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f teilnehmen.

Bewertung:
Die Beteiligung der Unfallversicherungsträger an der nationalen Präventionsstrategie wird begrüßt.

Artikel 5 Änderung des Achten Buchs Sozialgesetzbuch

- **§ 16 Abs. 2 Nummer 1 SGB VIII, Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie**

Gesetzesentwurf:
Durch das Einfügen der Wörter „ …die Familien in ihrer Gesundheitskompetenz stärken, …“ in § 16 SGB VIII Abs. 2 Nr. 1 soll klargestellt werden, dass Maßnahmen, die der Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Familie dienen, Bestandteil der Angebote von Familienbildung sind.

Bewertung:
Die Diakonie Deutschland unterstützt die vorgeschlagene Änderung des § 16 SGB VIII. Mit der Vorschrift wird die anlassunabhängige präventive Orientierung der Familienbildung betont, Eltern in Fragen der Gesundheitsförderung ihrer Kinder zu unterstützen.

- **§ 45 Abs. 2 Satz 2 Nummer 2 SGB VIII, Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung**

Gesetzentwurf:
§ 45 Abs.2 Satz 2 Nr. 2 wird die Erteilung für die Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung insofern erweitert, als an die Stelle der bisherigen Formulierung „in der Einrichtung unterstützt wird“ die Formulierung „und ein „gesundheitsförderliches Lebensumfeld in der Einrichtung unterstützt werden …“ tritt..

Bewertung:
Die Diakonie Deutschland kann der Absicht des Gesetzgebers, die Erteilung der Betriebserlaubnis an das Vorhandensein von gesundheitlichen Rahmenstrukturen in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe zu knüpfen, in der vorliegenden Fassung nur dann zustimmen, wenn damit nicht nur einseitig die Einrichtungen, sondern zugleich die Leistungs- bzw. Kostenträger verpflichtet werden, ihrerseits die entsprechenden (vor allem finanziellen) Voraussetzungen zu verwirklichen.

Forderungen:
Verzichtet der Gesetzgeber auf eine entsprechende klarstellende und den öffentlichen Träger verpflichtende Aussage dazu, wie das „gesundheitsförderliche Lebensumfeld“ in der Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe finanziert wird, plädiert die Diakonie dafür, auf eine Änderung des § 45 SGB VIII zu verzichten.
Die Diakonie schlägt zudem vor, in § 1 Abs. 3 Nr.1 SGB VIII folgende Formulierung aufzunehmen:

„ … in ihrer individuellen, gesundheitlichen und sozialen Entwicklung fördern…“

Durch diese Änderung wird die Gesundheitsförderung zur programmatischen Aufgabe, der sich sowohl die öffentliche als auch die freie Kinder- und Jugendhilfe und deren Einrichtungen und Dienste stellen müssen, ohne die konkrete Umsetzungsform an die Betriebserlaubnis zu binden.

Artikel 6 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

- **§ 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation (neu)**

Gesetzentwurf:
Die Pflegekassen sollen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Fähigkeiten in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen entwickeln und deren Umsetzung unterstützen. Dazu sollen sie im Jahr 2016 0,30 € pro Versichertem ausgeben. Dieser Betrag ist in den Folgejahren entsprechend der Änderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV anzupassen. In Umsetzung der genannten Aufgaben sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenartenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. Des Weiteren sollen sie sich an der nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d bis 20f SGB V beteiligen.
Im Rahmen ihres Leistungsrechts haben sie auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit „ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation….“ in vollem Umfang einzusetzen.

Bewertung:
In der Gesetzesbegründung wird betont, dass für die „Lebenswelt der pflegerischen Versorgung ( ) der Satz 1 somit gegenüber der in § 20 Abs. 4 und 2 und § 20a des Fünften Buches festgelegten Verpflichtung der Krankenkassen zur Erbringung von Leistungen zur Prävention in der Lebenswelt eine spezielle Vorschrift (enthält)“. Das bedeutet, dass spezifische Aufgaben der Krankenkassen der Pflegeversicherung übertragen werden. Dies ist vor dem Hintergrund des spezifischen Auftrags der Pflegeversicherung einerseits, ihres Teilleistungscharakters andererseits, nicht akzeptabel.

Von den vorgesehenen Leistungen der Pflegeversicherung würden ausschließlich Personen profitieren, die in teilstationären oder stationäre Einrichtungen gepflegt werden, während die in der eigenen Wohnung lebenden pflegebedürftigen Versicherten diese Leistungen nicht in Anspruch nehmen könnten. Würden diese Leistungen in Trägerschaft der Kranken-, statt der Pflegekassen erfolgen, stellte sich die berechtigte Frage, warum diese präventiven Leistungen auf den vollstationären oder teilstationären Bereich beschränkt sein sollen. Gerade bei der primären Prävention im Bereich der Pflege geht es darum, dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit vorzubeugen und die Menschen dort zu erreichen, wo sie leben. Wir machen an dieser Stelle auf die Konzepte der präventiven Hausbesuche aufmerksam, die dazu dienen können, in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkte, von Pflegebedürftigkeit bedrohte oder pflegebedürftige Menschen das Leben im angestammten Wohnumfeld so lange wie sie es möchten zu ermöglichen. Das Kernelement des präventiven Hausbesuchs ist die Beratung von Personen in ihrer häuslichen Umgebung zu Gesundheit, Krankheitsvermeidung und selbständiger Lebensführung. Er wäre eine originäre Aufgabe der GKV.

Schließlich ist zu betonen, dass die im Entwurf formulierten Leistungen weder zwischen der gesundheitsförderlichen Gestaltung des Settings Pflegeheim und individualpräventiven Maßnahmen unterscheiden, noch konzeptionell mit pflegerischen Aufgaben verbunden werden.

Forderungen:
Vor dem Hintergrund der Argumentation ist die Einbeziehung der Pflegekassen in den Kreis der Sozialleistungsträger, die sich an der nationalen Präventionsstrategie beteiligen, abzulehnen.

Die Diakonie Deutschland schlägt vor, die Umsetzung von Leistungen der nichtmedizinischen Prävention und Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen in Modellprojekten zu überprüfen. Sie setzt sich ferner dafür ein, modellhaft Konzepte des präventiven Hausbesuchs für pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen zu erproben.

Die Formulierung in § 5 Abs. 6 zum Einsatz medizinischer Rehabilitation ist missverständlich, da sie auch so gelesen werden kann, als erbringe die Pflegekasse Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Dies ist klarzustellen.

- **§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

Gesetzentwurf:
Die Feststellungen sollen auch Aussagen zum Beratungsbedarf hinsichtlich der Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V machen. Hier und in § 18a wird die Rehabilitationsempfehlung durch eine „Präventionsempfehlung“ ergänzt.

Bewertung:
Auch an dieser Stelle ist zu betonen, dass Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention in der Regel nur eingebettet in den „Settingansatz“ Sinn machen.

Forderung:
Wir verweisen auf unsere Argumente im allgemeinen Teil der Stellungnahme und in den Ausführungen zu § 1 SGB V.

- **§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen**

Gesetzentwurf:
Pflegekurse sollen nun auch neben der Minderung der körperlichen und seelischen Belastungen „ihrer Entstehung vorbeugen“.

Bewertung:
Nach Auffassung der Diakonie ist diese geringfügige Veränderung des § 45 nicht ausreichend. Pflegekurse und individuelle Anleitungen und Schulungen in der Häuslichkeit tragen wesentlich zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen und einer Stabilisierung des Pflegearrangements bei. Nach der bisherigen Rechtslage sollen die Pflegekassen solche Kurse anbieten.

Forderungen:
Diese Soll-Vorschrift des Angebots sollte in einen individuellen Rechtsanspruch des Versicherten bzw. seiner Angehörigen umgewandelt werden. Die Inanspruchnahme der Leistung wird gegenwärtig erschwert, weil es einer gesonderten Vereinbarung zwischen dem ambulanten Pflegedienst und der jeweiligen Pflegekasse des Versicherten bedarf. Neben der Einführung einer Leistungsverpflichtung gegenüber den Versicherten soll daher ein Kontrahierungsanspruch für die Leistungsträger mit allen zugelassenen ambulanten Pflegediensten, welche die Leistungen gemäß den Qualitätsvorgaben erbringen, statuiert werden. Mit einem individuellen Rechtsanspruch ließen sich auch weitere Problemanzeigen aus der Praxis lösen: So wären die Pflegekassen verpflichtet, bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich die Erstberechtigung für einen Pflegekurs zu bescheinigen. Es wäre auch klargestellt, dass der Anspruch auf einen Pflegekurs auch für pflegende Angehörige von Menschen in der Pflegestufe 0 besteht.

Artikel 8 Änderung des Infektionsschutzgesetzes

- **§ 34 (10a) (neu) des Infektionsschutzgesetzes**

Gesetzentwurf:
Der neue Absatz (10a) in § 34 des Infektionsschutzgesetzes bestimmt, dass die Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung an den Nachweis einer ärztlichen Beratung zum Impfstatus gebunden ist. Das Gesundheitsamt kann anordnen, dass die Impfbescheinigungen der Kinder in der Einrichtung zur Einsichtnahme durch das Gesundheitsamt vorzuhalten sind.

Bewertung:
Die Diakonie begrüßt die den Nachweis einer ärztlichen Beratung zum Impfstatus. Die Vorgabe, Impfbescheinigungen der Kinder in der Einrichtung zu archivieren, erscheint datenschutzrechtlich bedenklich. Das umfangreiche Speichern und Aufbewahren von dieser Gesundheits- und Sozialdaten steht im deutlichen Widerspruch nicht allein zum Grundsatz der Datensparsamkeit, sondern auch zu dem Gebot, Daten grundsätzlich beim Betroffenen (also den Kindern und deren Erziehungsberechtigten) abzufragen (§ 67a Abs. 2 SGB X). Zudem ist diese Aufbewahrungspflicht für die Einrichtung mit erhöhtem Aufwand verbunden.

Forderung:
Um unzulässige Härten insbesondere für sozial benachteiligte Familien zu vermeiden, sollte durch den Gesetzgeber gleichzeitig geregelt werden, dass die notwendigen Bescheinigungen in jedem Fall kostenfrei ausgestellt werden.
Die Archivierung von Impfbescheinigungen in der Einrichtung und deren Vorlage beim Gesundheitsamt ist abzulehnen. Eine Verpflichtung für die Einrichtung im Rahmen der Dokumentationspflicht sollte sich auf die Inaugenscheinnahme der Bescheinigungen sowie die Dokumentation des Impfstatus beschränken

Berlin, den 24. März 2015

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik
Diakonie Deutschland

Prof. Dr. Beate Blättner
Professur für Gesundheitsförderung

Hochschule Fulda
Leipziger Straße 123
36037 Fulda
Beate.Blaettner@hs-fulda.de

19.04.2015

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(20)
gel. ESV zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
20.04.2015

Stellungnahme als Einzelsachverständige zu den Vorlagen:

- Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PrävG), BT-Drucksache 18/4282
- Antrag der Fraktion DIE LINKE: Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten, BT-Drucksache 18/4322
- Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Gesundheit für alle ermöglichen - Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz, BT-Drucksache 18/4327

Anforderungen an ein Präventionsgesetz

Die Weltkonferenzen zur Gesundheitsförderung beziehen sich seit der Ottawa-Charta von 1986 auf ein Verständnis von Gesundheitsförderung, das Lebensbedingungen wie Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit als grundlegende Bedingungen von Gesundheit ansieht. Der konzeptionellen Leitidee der Gesundheitsförderung liegt die empirisch begründete These zu Grunde, dass eine Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung nicht alleine durch medizinische Interventionen erreicht werden kann, sondern wesentlich durch Veränderungen von Lebensbedingungen.

Primäre Prävention (genauer: allgemeine Prävention) zielt zwar spezifischer auf die Vermeidung von häufigen Erkrankungen, sollte in der Praxis aber die Strategien und Maßnahmen der Gesundheitsförderung berücksichtigen, um nachhaltig wirksam zu sein. Primäre Prävention umfasst a) Maßnahmen zur Vermeidung oder Reduktion der Exposition mit einer Krankheitsursache (physikalische, chemische, mikrobiologische und psychische Noxen) und b)

Maßnahmen zur Reduktion der Vulnerabilität von Menschen gegenüber solchen Noxen bzw. Belastungen. Gesundheitsförderung befasst sich ergänzend mit Ressourcen.

Entsprechend einer sozial ungleichen Verteilung von Belastungen im sozialen und ökologischen Umfeld (Mehrfachbelastungen), verbunden mit einer sozial ungleichen Verteilung von Gestaltungsmöglichkeiten und damit Ressourcen sind Gesundheitschancen horizontal und vertikal in und zwischen Ländern sozial ungleich verteilt. Dabei tragen absolute wie relative Armut, aber auch die Wahrnehmung starker sozialer Differenzen zwischen Arm und Reich in einer Gesellschaft zu einer ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen bei.

Da es auf den Weltkonferenzen als Recht jedes Menschen, und im Übrigen als Voraussetzung für die Entwicklung eines Landes, angesehen wird, die bestmögliche Gesundheit zu erreichen, soll dieser ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen durch Veränderung von Lebensbedingungen entgegengewirkt werden. Dies kann erfolgen, indem die Bevölkerung dazu befähigt wird, mehr Einfluss auf die Determinanten zu nehmen, die ihre Gesundheitschancen verbessern, also z.B. auf Wohn-, Arbeits- und Lebensbedingungen. Die Teilhabe an sozial anerkannten Aktivitäten gilt dabei als eine zentrale Gesundheitsressource. Gesundheitsförderung bedient sich deswegen systematisch der Strategien von Partizipation und Empowerment.

Das im Juni 2013 verabschiedete Statement der Weltkonferenz zur Gesundheitsförderung in Helsinki betont erneut die politische Verantwortung, Lebensbedingungen so zu verändern, dass sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen entgegengewirkt werden kann. Regierungen werden dazu aufgefordert, Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit Priorität im politischen Handeln einzuräumen. Wie bereits in Nairobi 2009 wird eindrücklich gefordert, die Implementierungslücke der Gesundheitsförderung zu schließen. Von einem Präventionsgesetz in Deutschland wäre entsprechend zu erwarten, dass es diese Ziele verfolgt und alle auf Bundesebene möglichen Schritte zur Umsetzung unternimmt.

Generelle Einschätzung des Gesetzentwurfes

Deutlich stärker als in anderen europäischen Sozialversicherungsstaaten, wie den Niederlanden, Frankreich oder der Schweiz, wird in Deutschland Gesundheitsförderung und Prävention seit rund 25 Jahren politisch nahezu ausschließlich als Aufgabe des Sozialversicherungssystems betrachtet, insbesondere der gesetzlichen Krankenkassen. Die öffentliche Hand hat sich weitgehend aus der Verantwortung für die Gesundheitsförderung zurückgezogen. So sind entsprechende Aufgaben, die über den reinen Gesundheitsschutz hinausgehen, in den Landesgesetzen für den öffentlichen Gesundheitsdienst überwiegend nur sehr schwach formuliert.

Diese Entwicklung wird im Gesetzentwurf der Bundesregierung weiter unterstützt, und damit unterstrichen, dass die Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie den Sozialversicherungen überlassen werden soll und sich Sozialversicherungen wesentlich an der Finanzierung von Aufgaben einer nachgeordneten Behörde des Bundes beteiligen sollen. Gegenüber dem Status quo ist primär die Zusammenarbeit von Sozialversicherungen verbessert, mit Ausnahme der Arbeitslosenversicherung, und die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für entsprechende Leistungen werden erhöht. Inhaltlich wird klar gelegt, dass Leistungen der Krankenkassen primär in Lebenswelten erfolgen sollen. Ein Kernproblem des Gesetzentwurfes ist, dass nur Veränderungen vorgesehen sind, die in den bestehenden Strukturen der Sozialversicherung vom Gesundheitsressort gestaltet werden können.

Auch wenn insbesondere bei Krankenkassen und Unfallkassen inzwischen umfassend Kompetenzen in der Gesundheitsförderung entwickelt worden sind, stehen prinzipiell das Versichertenprinzip und die Anforderungen einer Gesundheitsförderung im Sinne der Weltkonferenzen im Widerspruch zu einander. Dies wird besonders deutlich, wenn Interventionen in Lebenswelten erfolgen sollen:

a) In den Lebenswelten treffen Menschen mit unterschiedlichem Versichertenstatus in konkurrierenden Versicherungen zusammen, darunter auch nicht Versicherte. Die Orientierung am Versichertenprinzip lässt sich nicht aufrechterhalten, wenn die Beteiligten einer Lebenswelt gleichermaßen davon profitieren sollen. Spätestens dann, wenn gesundheitsfördernde Veränderungen der Lebenswelt erfolgen sollen und nicht nur Versicherten in der Lebenswelt Angebote zur Verhaltensänderung unterbreitet werden sollen, muss das Versichertenprinzip durchbrochen werden.
b) An den gesetzlichen Versicherungen, insbesondere an der Krankenversicherung, ist nicht die gesamte Bevölkerung beteiligt. Insbesondere besser Verdienende haben die Möglichkeit, sich privat zu versichern. Private Versicherungen werden aber nur auf freiwilliger Basis an den Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung beteiligt. Gegenüber einer staatlichen Finanzierung sind bei einer Finanzierung über Sozialversicherungen damit besser Verdienende besser gestellt.
c) Hauptaufgabe der sozialen Krankenversicherung ist die Finanzierung medizinischen und pflegerischen Versorgung. Gesundheitsförderung und Prävention erfolgen primär aber nicht im medizinischen Versorgungssystem, sondern im Alltag der Bevölkerung, d.h. in den Settings oder Lebenswelten, die primär über politisches Handeln auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie in Institutionen beeinflusst werden. Erst in der Sekundär- und Tertiärprävention sind stärker medizinische Interventionen sinnvoll.

Die daraus resultierenden Widersprüche und Regelungszwänge haben unter anderem zum mehrfachen Scheitern eines Präventionsgesetzes geführt. Der vorliegende Entwurf der Bundesregierung ist primär davon geprägt, ein erneutes Scheitern auszuschließen. Gegenüber

dem Entwurf der vergangenen Legislaturperiode sind einige Verbesserungen erfolgt, von der Umsetzung des weltweiten Konsenses zur Gesundheitsförderung ist der Entwurf weit entfernt. Notwendig wäre demgegenüber eine gesamtgesellschaftliche Anstrengung.

Im Konkreten besteht insbesondere an folgenden Punkten Nachbesserungsbedarf:

1. Gesundheitsförderung muss internationalem Konsens entsprechen

Gesundheitsförderung wird seit der Erklärung von Jakarta (1997) weltweit als ein Prozess verstanden, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie durch die Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit zu verbessern (vgl. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, BzgA 2011).

Demgegenüber wird dies im Gesetzentwurf der Bundesregierung § 20 (1) als „Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten“ definiert. Ähnlich verweist die Ergänzung nach § 1 Satz 1 auf „die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten“. Mit diesen unzureichenden Begriffsdefinitionen wird der Eindruck erweckt, Ziel sei eine eigenverantwortliche Verbesserung des gesundheitsrelevanten Verhaltens der Versicherten. Demgegenüber ist aus der gesundheitswissenschaftlichen Forschung und der Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung hinreichend bekannt, das Verhaltensänderungsprogramme nur dann eine hinreichende Aussicht auf Erfolg haben, wenn sie in eine umfassende, von den jeweils Betroffenen mitgestaltete Veränderungen von Verhältnissen (Lebens-, Arbeits- und Wohnbedingungen) in Richtung Gesundheit eingebunden sind. Selbst im klassischen Arbeitsschutz gilt, dass die Vermeidung der Entstehung von Gesundheitsgefahren Priorität gegenüber individuellen Verhaltensstrategien haben muss. Die Verantwortung für Gesundheitschancen liegt bei politisch handelnden Akteuren auf allen Ebenen, nicht bei den betroffenen Individuen. Diese Verantwortung schließt die Verantwortung für die Stärkung der Chancen auf aktive Mitbestimmung durch die Betroffenen ein.

Weitere Ausführungen im Gesetzentwurf lassen vermuten, der Begriff der „Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ (§ 20 (4) bezeichne nicht den von der WHO geförderten Settings-Ansatz und nicht die Veränderung von Lebens-, Arbeits- oder Wohnbedingungen im Setting. Zwar ist im § 20a (1) beschrieben, dass unter Beteiligung der Versicherten Risiken und Potentiale erhoben und Verbesserungsvorschläge entwickelt werden sollen, aber es wird nicht hinreichend klar gestellt, dass sich die Analyse primär auf die Risiken und Potentiale der jeweiligen Lebenswelt und nicht die der Versicherten in der Lebenswelt beziehen muss. Die Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sollen nicht lediglich verhaltensbezogene Interventionen gerichtet sein, sondern primär auf strukturelle Veränderungen der gesundheitsrelevanten Lebens-, Entwicklungs-, Lern- und Arbeitsbedin-

gungen. Entsprechend ist auch von Gesundheitsförderung in Lebenswelten und nicht von einer gesundheitsfördernden Gestaltung der Lebenswelten die Rede.

Es ist somit naheliegend, dass nach Maßgabe des Gesetzes die Lebenswelt lediglich als Plattform benutzt werden soll, um Versicherte zu Gesundheitsverhalten zu motivieren. Ein solcher Ansatz wird seine Wirkung verfehlen. Der Gesetzentwurf muss entsprechend in seinen Begrifflichkeiten internationalen Standards angepasst werden.

2. Sozial bedingt ungleiche Gesundheitschancen müssen abgebaut werden

§ 20 (1) des Gesetzentwurfes sieht vor, dass Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere zur Verminderung sozial bedingter […] Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen. Es ist im Entwurf, wie im geltenden Gesetz, nicht geregelt, welche Sanktionen erfolgen, wenn dies nicht beachtet wird. Damit bleibt die Regelung weitgehend unverbindlich und setzt auf die freiwillige Einsicht der Verantwortlichen in den Sozialversicherungen.

Es fehlt zudem die Benennung konkreter Maßnahmen, wie die Gesundheitsförderung von sozial besonders benachteiligten Bevölkerungsgruppen gestaltet sein könnte. Das betrifft z.B. Langzeitarbeitslose, prekär Beschäftigte, Wohnungslose oder Flüchtlinge. Sie werden von den beschriebenen Lebenswelten nur unzureichend erfasst. Es wird zudem nicht geregelt, dass in der Auswahl der Lebenswelten, also der Betriebe, Wohngebiete oder Schulen, eine Priorisierung solcher Einrichtungen erfolgen soll, in der primär sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu erwarten sind; d.h. z.B. Hauptschulen vor Gymnasien, mehrfach belastete Wohngebiete vor bevorzugten Wohngebieten, Betriebe aus Branchen mit einer hohen Zahl prekär Beschäftigter vor Wirtschaftsunternehmen mit gut verdienenden Beschäftigten.

Mehr noch enthält der Gesetzentwurf einige Regelung, die die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen eher stärken könnte:

- Die ärztliche Präventionsempfehlung (§ 20 (5)) kann angesichts der sozial ungleichen Verteilung von Vorsorgeuntersuchungen zu einer weiteren Selektion der Inanspruchnahme von Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung führen.
- Bonusregelungen (§ 65a (1)) begünstigen diejenigen, die ohnehin eher Zugang zu verhaltenspräventiven Maßnahmen haben.
- Die Änderung des Infektionsschutzgesetzes in Artikel 8 könnte dazu führen, dass ohnehin benachteiligte Kinder nicht in Kindertagesstätten aufgenommen werden können, weil eine ärztliche Beratung zum Impfschutz des Kindes nicht in Anspruch genommen wurde.

Wirksame Maßnahmen zum Abbau sozial bedingt ungleicher Gesundheitschancen können nicht ausschließlich Aufgabe der Sozialversicherungen sein. Sie sind immer im Zusammen-

hang z.B. mit Entscheidung der Bildungspolitik, der Sozialpolitik, der Wirtschaftspolitik oder der Stadt- und der Verkehrsplanung zu sehen.

Die Festlegung, dass Maßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufgaben, einer nachgeordneten Behörde des BMG, aus Versichertengeldern finanziert werden sollen, trägt zu einer sozial weniger gerechten Verteilung bei: Die Leistungen werden damit ausschließlich von gesetzlich Versicherten erbracht, nicht von den sozial in der Regel besser gestellte privat Versicherten, deren Anteil an steuerfinanzierten Leistungen höher ist. Im Übrigen steht in Frage, ob die BzgA strukturell die ihr hier zugeschriebenen Aufgaben sinnvoll übernehmen kann.

§ 2b des Gesetzentwurfes sieht zwar vor, dass bei den Leistungen der Krankenkassen geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen ist. Im § 20 wird entsprechend ausgeführt, dass die Leistungen insbesondere zur Verminderung […] geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen. Es wird allerdings nicht klar gestellt, dass Geschlecht hier nicht biologische Gegebenheiten meint, sondern das sozial konstruierte Geschlecht und damit Ungleichheiten von Gesundheitschancen, die sozial bedingt sind.

3. Der „Health-in-all-Policies Ansatz“ muss umgesetzt werden

Werden die Empfehlungen von Helsinki ernst genommen, nach denen Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit Priorität im politischen Handeln einzuräumen ist, so wären, zumindest in Ergänzung des vorliegenden Gesetzentwurfes, weitergehende Regelungen zu erwarten, nach denen andere Bundesressorts dem Charakter von Gesundheitsförderung und Prävention als einer Querschnittsaufgabe nachkommen müssen. Den Strategien des „Gender-Mainstreaming“ entsprechend müsste ein „Health Mainstreaming“ verbindlich geregelt sein. Ein dazu passendes Instrument wäre z.B. ein Health Impact Assessment in allen Gesetzesinitiativen vorzusehen, also eine Bewertung jedes Gesetzentwurfes nach möglichen Auswirkungen auf die sozial ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen.

Demgegenüber sieht § 20d (1) vor, dass es die Krankenkassen gemeinsam mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen sind, die eine nationale Präventionsstrategie entwickeln und im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz umsetzen und fortschreiben sollen. Im Zusammenhang mit der Finanzierung von Aufgaben der BzgA durch die Sozialversicherungen bedeutet dies, dass a) die Bundesregierung beabsichtigt, sich selbst von der Verantwortung für eine Finanzierung der Prävention und Gesundheitsförderung stärker zu entlasten und b) auch die politische Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung an die Sozialversicherungsträger übergeben will. Eine nationale Präventionsstrategie kann aber nur sinnvoll politisch verantwortet im Zusammenspiel aller relevanten gesellschaftlichen Akteure entwickelt werden und unter angemessener Beteiligung der Bevölkerung, um deren Gesundheit es geht.

Eine nationale Präventionsstrategie sollte dabei systematisch Erkenntnisse zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung und der sozialen Verteilung von Gesundheitschancen sowie den internationalen Erkenntnisstand über die Wirksamkeit von Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention berücksichtigen. Die Festschreibung von bislang entwickelten Gesundheitszielen als Ziele der Gesundheitsförderung kann dies ebenso wenig ersetzen wie Maßnahmen der Qualitätssicherung und Zertifizierung, die erfahrungsgemäß stärker formale als inhaltliche Gesichtspunkte berücksichtigen. Die Festschreibung von Gesundheitszielen wird im Übrigen der Dynamik der (Weiter-)Entwicklung von Gesundheitszielen und dem Charakter der Ziele, die nichtzwingend Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention sind, nicht gerecht.

Voraussetzung für eine wissenschaftliche Fundierung der Gesundheitsförderung ist die Förderung von Forschung und Lehre in den Gesundheitswissenschaften nach internationalen Standards, damit hinreichend wissenschaftlich basierte Empfehlungen ausgesprochen werden können.

Zusammenfassend bedarf der von der Bundesregierung vorliegende Gesetzesentwurf erheblicher Nachbesserungen und Ergänzungen, um zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention beitragen zu können. Diese ergeben sich primär aus der Umsetzung der Statements der Weltkonferenzen zur Gesundheitsförderung.

Hochschule Magdeburg-Stendal * Osterburger Str. 25 * ·39576 Stendal··

Hochschule Magdeburg • Stendal

Prof. Dr. Raimund Geene MPH
Professur für Kindergesundheit
raimund.geene@hs-magdeburg.de

Stendal, den 17. April 2015

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(42)
gel. ESV zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
22.04.2015

Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung
des Ausschusses für Gesundheit
des 18. Deutschen Bundestags am 22. April 2015

Gesetzentwurf der Bundesregierung zum
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention
(Präventionsgesetz – PrävG)
BT-Drucksache 18/4282

1. Vorbemerkung:

In den gesundheitswissenschaftlichen Fachdiskussionen besteht ein breiter Konsens dahingehend, dass Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland dringend einer Stärkung bedarf. Das schon seit dem GRG 1989 postulierte Ziel der Prävention als eigenständige Säule in der gesundheitlichen Versorgung ist weiterhin nicht eingelöst, obgleich sich im Zuge der demographischen Veränderungen die Verlagerung des Krankheitsspektrums hin zu den chronisch-degenerativen – und mithin nicht zu kurierenden, sehr wohl aber grundsätzlich durch Prävention zu verhindernden – Erkrankungen immer weiter fortsetzt. Ein solcher Paradigmenwechsel von der Kuration zur Prävention unter dem Leitbegriff der Gesundheitsförderung gemäß der Ottawa-Charta von 1986 ist sowohl ökonomisch als auch ethisch geboten. Es bedarf dafür einer organisatorischen, inhaltlichen und strukturellen Verankerung.

Der Entwicklungsbedarf betrifft v.a. die nicht-medizinische primäre Prävention, in der Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe der gesundheitlichen und sozialen Versorgung beispielgebend umgesetzt werden kann. Dieser ressourcenorientierte Ansatz kann nicht auf einzelne Gesundheitsprobleme reduziert werden, auch ist kein kurzfristiger Erfolg zu erwarten. Die Ressourcenstärkung ist vielmehr eine langfristige Investition, die Menschen über ihre Settings darin stärkt, aktuelle und künftige Belastungen konstruktiv zu bewältigen („life-skills"). Unterkomplexe Präventionsstrategien im Sinne von einfachen Verhaltensbotschaften sind häufig

kontraproduktiv und verfehlen regelmäßig das Ziel der Verringerung sozial bedingter Unterschiede, insofern sie sogar zu einer weiteren Verschärfung dieser Problematik führen können bis hin zu dem vielfach beobachtbaren Phänomen des „blaming the victim".

Insbesondere die AIDS-Prävention in Deutschland gibt ein eindrucksvolles Beispiel dafür, wie eine nicht-medizinische, hochkomplexe und ausdifferenzierte Präventionskampagne mit dem Schwerpunkt des „Community-buildings" langfristig erfolgreich etabliert werden kann. Für gesundheitlich besonders belastete Bevölkerungsgruppen wie beispielsweise Menschen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund, in Armut lebende Kinder und ihre Mütter/ Eltern oder Arbeitslose sind entsprechende Mehr-Ebenen-Kampagnen viel versprechend und dringend geboten. Dafür empfiehlt sich insbesondere der Setting-Ansatz.

Der vorliegende Entwurf greift diese Potenziale von Gesundheitsförderung und primärer Prävention auf und stärkt sie. Ein solches Präventionsgesetz ist daher ein wichtiger Schritt, dem jedoch weitere folgen müssen.

2. Würdigung:

Der Entwurf sieht vor, dass die Krankenkassen ihre Ausgaben für die primäre Prävention ab 2016 auf jährlich 7 € je Versichertem mehr als verdoppeln. Davon sollen jeweils 2 € für betriebliche Gesundheitsförderung und 2 € in nichtbetrieblichen Settings aufgewendet werden. Gemessen an bisherigen Ausgaben, entspricht dieses einer gut fünffachen Erhöhung der Mittel für den Setting-Ansatz.
In abgeschwächter Form wird auch der Vorschlag zur Bündelung der Aktivitäten und Finanzmittel aufgegriffen. Zum einen sind im Entwurf bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen vorgesehen, die durch Landesrahmenvereinbarungen ergänzt werden sollen. Zum anderen soll eine kassenübergreifende „Prävention in Lebenswelten" durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) organisiert werden, wofür diese mindestens ein Viertel der „nichtbetrieblichen" 2 € erhalten soll, also 50 Cent und mithin gesamt 35 Mio. € pro Jahr. Für diese Aufgaben soll die BZgA nach Länderschlüsseln Kooperationspartner „heranziehen" und finanzieren.
Damit besteht die Hoffnung, dass durch das Präventionsgesetz endlich ein zentraler Fürsprecher für Gesundheitsförderung ausgewiesen wird. Dafür scheint die BZgA durch ihre Vernetzungsaktivitäten in der soziallagenorientierten Gesundheitsförderung prädestiniert. Ihre Aufgabe könnte darin bestehen, fachlich anzuleiten, damit die Mittel nicht als Marketing, sondern tatsächlich und vollständig zur Stärkung der Settings genutzt werden. Als Modell kann die Bundesinitiative Frühe Hilfen mit der Verwaltungsvereinbarung von 2012 herangezogen werden.

Der Entwurf des Präventionsgesetzes stellt sich als Artikelgesetz neben dem SGB V auch weiteren Regelungsbereichen. So soll die Familienberatung nach § 16 des SGB VIII zukünftig auch „Familien in ihrer Gesundheitskompetenz stärken" sowie bei Trägern von Hilfe zu Erziehung über die Leistungsvereinbarungen (SGB VIII, § 78c) „ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld für den zu betreuenden Personenkreis schaffen" sollen. Die Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Jugendhilfe bildet eine zentrale Herausforderung; zumindest gibt es mit diesen Regelungen erste Anknüpfungspunkte seitens der Jugendhilfe.

Das Präventionsgesetz sieht auch Neuregelungen der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen vor mit dem Ziel, die ärztliche Sekundärprävention um primärpräventive Inhalte zu erweitern. Diese Vermischung von primärer und sekundärer Prävention ist im Sinne einer Zuständigkeitssystematik nicht unproblematisch. Sie trägt aber der Versorgungsrealität in der Pädiatrie, dem Wunsch nach Handlungsoptionen seitens der Kinderärzte sowie – was ihn letztlich einzig legitimiert – dem Postulat einer Vermittlung belasteter Eltern in die Frühen Hilfen Rechnung. Von hoher Bedeutung ist es hier, dass die Ärzt/innen sich mit den Angeboten familiärer Gesundheitsförderung und Früher Hilfen eng verknüpfen; die Unterstützung bei psychosozialen Schwierigkeiten für Kind und Familie sollte hier dem Leitsatz folgen, die (kinder-)ärztliche Autorität an lebensnahe Leistungserbringer, insbesondere Hebammen, weiterzureichen. Es sollten Anreize geschaffen werden zur Kooperation, der Aufbau von Doppelstrukturen unbedingt vermieden werden. Die Bundesregierung hat in ihrer Stellungnahme auf die entsprechende Kritik des Bundesrates bereits klargestellt, diese Frage zu prüfen. Weiterhin heißt es in der Stellungnahme: „Darüber hinaus haben BMG und BMFSFJ verabredet, die Voraussetzungen für eine engere Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen – ohne finanzielle Lastenverschiebung zwischen den Hilfe- und Sozialsystemen – weiter zu verbessern". Es ist zu wünschen, dass sich diese Erkenntnis bereits im Gesetz nieder schlägt. Dazu finden sich nachstehend Vorschläge.

Zur Strukturbildung sieht der Gesetzesentwurf eine Nationalen Präventionskonferenz in Geschäftsführung durch die BZgA vor, die eine Nationale Präventionsstrategie erarbeiten und dem Bundestag in jeder Legislaturperiode einen Präventionsbericht vorlegen soll. Beraten werden soll sie von einem Präventionsforum, das in Geschäftsführung der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung zivilgesellschaftliche Akteure einbinden soll.

In der inhaltlichen Normierung sieht der Entwurf für das Präventionsgesetz weiterhin die soziallagenorientierte Ausrichtung der primären Prävention vor, nun aber um Geschlechtergerechtigkeit ergänzt, so dass primäre Prävention gemäß § 20 SGB V zukünftig „insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen" solle.

Desweiteren sind Regelungen zur verlängerten Inanspruchnahme einer Hebammenbetreuung, Verstärkung der Impfberatung sowie Modifikationen der gesundheitlich weniger relevanten Bereiche der Kursangebote und der Bonus-Regelungen enthalten.

Ein solches Präventionsgesetz kann die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung wesentlich verbessern.
Dabei ist es wichtig, dass die Regelungen
- auf konsistenten Definitionen basieren
- Fehlinterpretationen und -entwicklungen vermeiden (etwa Missbrauch durch Marketing oder „Verschiebebahnhöfe")
- durch Strukturstützung nachhaltig wirken können
- Schnittstellenprobleme überwinden und
- breit konsentierbar sind.

Um in diesem Sinne die positiven Wirkungen noch weiter zu stärken, werden die nachfolgenden Ergänzungsvorschläge formuliert.

3. Änderungs- und Ergänzungsvorschläge:

SGB V, § 1 Satz 2

Vorschlag zur Änderung des 2. Satzes: „Das umfasst auch die Förderung gesundheitlicher Rahmenbedingungen und der Gesundheitskompetenz."

Begründung:

Diese Formulierung entspricht den Empfehlungen der WHO. Dabei kann auch an die nationalen und internationalen Konzepte zur Stärkung der Gesundheitskompetenz („Health Literacy") angeknüpft werden.

Die Bezeichnung „gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung" ist unüblich und missverständlich.

SGB V, § 20 Absatz 1 Satz 1

Vorschlag zur Änderung der Legaldefinition von Gesundheitsförderung:

„ (…) sowie Leistungen zur Förderung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen in Lebenswelten, die gesundheitliche Ressourcen stärken (Gesundheitsförderung), vor."

Begründung:

Diese Formulierung entspricht den Empfehlungen der WHO.

SGB V, § 20 Absatz 3 Satz 1

Vorschlag zur Änderung des 1. Satzes: „Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die Gesundheitsziele des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention."

Die nachfolgende Auflistung der Ziele und die nachfolgenden Verweise auf den Bundesanzeiger können damit entfallen (ersatzweise: in den Begründungsteil).

Begründung:

Mit dieser offenen Formulierung wird eine statische Beschränkung auf die Gesundheitsziele vermieden, mit der die notwendig laufende Fortentwicklung der Gesundheitsziele erschwert wird.

SGB V, § 20 Absatz 4 Punkt 2

Vorschlag zur Änderung von Punkt 2: „Leistungen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebenswelten nach § 20a".

Begründung:

Diese Formulierung entspricht dem Setting-Ansatz der WHO. Insbesondere ist eine Bezugnahme auf in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nicht praktikabel, da sich Lebenswelten nicht entlang Mitgliedschaften in Krankenkassen konstituieren.

SGB V, § 20 Absatz 6

Die Erhöhung der auszugebenden Beträge auf 7 €, davon jeweils 2 € für betriebliche und nicht-betriebliche Settings, ab 2016 wird begrüßt; es soll jedoch schon eine weitere Steigerung auf 9 €, davon jeweils 3 € ab 2018 und nachfolgende prozentuale Veränderung in 2019ff., festgeschrieben werden.

Begründung:

Um die angestrebten Gesundheitsgewinne zu erzielen, sollten bereits der zweite Prozessschritt des notwendigen Aufwuchses festgelegt werden.

SGB V, § 20a Absatz 1 Satz 1

Als Überschrift wird neu vorgeschlagen: „Leistungen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebenswelten"

Begründung:

s.o.

Die Begriffsergänzung ‚und Prävention' ist zusätzlich entbehrlich und eher verwirrend.

SGB V, § 20a Absatz 1 Satz 1

Die erste Lebenswelt des „Wohnens" soll umbenannt werden in die Lebenswelt „Wohnumfeld/ Kommune".

Als weitere Settings sollten aufgeführt werden: Quartier, Wohnheim, Werkstätten für Menschen mit Behinderung, Mehrgenerationenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflege. Gestrichen werden sollte hingegen die Nennung einer Lebenswelt der „medizinischen Versorgung".

Begründung:

Die Lebenswelt „Wohnumfeld/ Kommune" ist für die Gesundheitsförderung als „Dach-Setting" von herausragender Bedeutung. Sie bietet Anknüpfungspunkte an das erfolgreiche Bund-Länder-Programm ‚Soziale Stadt' und die Präventionsketten in Modellkommunen, die im Rahmen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit/ Kommunalen Partnerprozesses ‚Gesund aufwachsen für Alle' identifiziert werden konnten.

Die weiteren genannten Settings sind solche mit besonderer Relevanz für Verminderung sozial bedingt ungleicher Gesundheitschancen.

Gegen eine Nennung einer Lebenswelt der „medizinischen Versorgung" spricht, dass diese Bezeichnung missverständlich ist, denn „therapeutisches Setting" darf nicht mit „Setting-Ansatz in Lebenswelten" verwechselt werden. In der Folge könnten Maßnahmen der Gesundheitsförderung als Marketing in Einrichtungen der medizinischen Versorgung angeboten werden. Einer solchen missbräuchlichen Entwicklung sollte vorgebeugt werden.

→ ersatzweise entsprechende Erläuterung in der Gesetzesbegründung.

SGB V, § 20a Absatz 1 Satz 2

Nach dem 1. Satz soll als 2. Satz ergänzt werden:

„Die Lebenswelten werden übergreifend von der Lebenswelt Kommune als Präventionskette koordiniert."

Begründung:

Die Erwähnung der Kommune als „Dach-Setting" trägt der hohen Bedeutung insb. des ÖGD, aber auch der Sozial-, Schul- und Jugendämter Rechnung. Durch den Koordinierungsauftrag kann die Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gebündelt und substanziell verstärkt werden.

SGB V, § 20a Absatz 3:

Die Einbindung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für die Entwicklung kassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und für wissenschaftliche Evaluation wird von der Sache her begrüßt.

Noch sinnvoller kann es sein, Krankenkassen und weiteren Sozialversicherungsträgern die gemeinsame (Mit-) Gründung eines Nationalen Zentrums für Gesundheitsförderung aufzutragen, das bei der BZgA angesiedelt wird.

Begründung:

Ein wesentlicher Schwachpunkt der Gesundheitsförderung in Deutschland besteht darin, dass es bislang keinen starken und unabhängigen Akteur gibt, der sich explizit und ausschließlich der Gesundheitsförderung verpflichtet sieht. Sowohl seitens des BMGs als auch durch Gesetzliche Krankenkassen (durch die IKK als damals für Primärprävention federführender Bundesverband) gab es Vorschläge zur Einrichtung einer Stiftung, die bedauerlicher Weise nicht realisiert wurden.

So hat unsere aktuelle Untersuchung zur Umsetzung der Gesundheitsziele für das Setting Kita (Geene, Kliche & Borkowski 2015) ergeben, dass die Dokumentation von Maßnahmen insb. durch Krankenkassen quantitativ beeindruckend ist, aber kein Überblick über Methoden, Interventionstiefen und Wirkungen der Maßnahmen vorliegt.

Ein Nationales Zentrum kann dieses Vakuum ausfüllen. Vorbild dafür kann das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in gemeinsamer Trägerschaft von BZgA und Deutschem Jugendinstitut e.V. sein. Aufgaben des NZFH sind u.a. Begleitforschung, Qualifizierung und Qualitätsentwicklung, interdisziplinärer und überregionaler Austausch, Stärkung der Kooperation und des länderübergreifenden Austausches.

SGB V, §§ 20d und 20e:

Mit einer Verpflichtung an Krankenkassen und weitere Sozialversicherungsträger zur gemeinsamen (Mit-) Gründung eines Nationalen Zentrums für Gesundheitsförderung, das bei der BZgA angesiedelt wird, können die Entscheidungsgremien der Nationalen Präventionskonferenz einschl. der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen, der Präventionsberichte und der Präventionsforen breiter aufgestellt sein, d.h. unter Einbeziehung weiterer Akteure aus Bundes- und Landesministerien, Selbsthilfe und Patientenorganisationen nach § 140, der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung und weiterer zivilgesellschaftlicher Akteure.

Dabei kann analog zur Bundesinitiative Frühe Hilfen eine Bund-Länder-Kommunen-Struktur gebildet werden.

Begründung:

s.o.

ersatzweise:

SGB V, § 20e Absatz 1 Satz 6

Nach dem 5. Satz soll als vorletzter Satz ergänzt werden:

„Mit beratender Stimme sind ferner Vertreter aus den Bereichen Gesundheits-, Pflege-, Hebammen-, Ernährungs- und Sportwissenschaften, von der

Bundesärztekammer und der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung, des Gemeinsamen Bundesausschuss, des Deutschen Jugendinstituts e.V., des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de und der Selbsthilfe nach § 140 einzubeziehen."

SGB V, § 20f Absatz 2 Punkt 2

Der Auftrag zur „Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten" soll um den Nebensatz ergänzt werden:

„…, wobei bestehende Koordinierungsstellen in den Ländern beauftragt werden sollen"

Begründung:

Im Rahmen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit ist ein flächendeckendes Netz von Koordinierungsstellen (vormals: Regionalen Knoten) eingerichtet werden. Sie sind organisatorisch bei den Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung oder analogen Einrichtungen in den Ländern angesiedelt und bundesweit koordiniert. Diese Struktur soll genutzt und gestärkt werden.

SGB V, § 20h

Die Mittel der Selbsthilfeförderung für die Sekundär- und Tertiärprävention soll auf 1 € pro Versicherten und Jahr erhöht werden.

10 Cent dieser Mittel soll pauschal an die Dachverbände für die Koordination der Patientenbeteiligung verwendet werden.

Begründung:

Die zentrale Funktion der Selbsthilfe sowohl für Belastungssenkung und Ressourcenstärkung soll gestärkt werden. Die Förderung der institutionellen Ebene sollte gesichert und entbürokratisiert werden.

SGB V, § 24d, Satz 1

Die Verlängerung der möglichen Inanspruchnahme von Hebammenhilfe von 8 auf 12 Wochen wird im Grundsatz begrüßt; zielgerichteter jedoch ist alternativ/ ergänzend eine anteilige Finanzierungsverpflichtung der Krankenkassen für Familienhebammenhilfe, weil deren Tätigkeit auf besondere Belastungen ausgerichtet ist.

Begründung:

Mit dem Bundeskinderschutzgesetz ist Familienhebammenhilfe als erweiterte Hebammenhilfe eingeführt worden. Sie dient zur Unterstützung stark belasteter Familien. Ihre Finanzierung erfolgt über die Bundesinitiative Frühe Hilfen mit Ansiedlung in der Jugendhilfe/ SGB VIII. Hebammenverbände fordern, dass diese Leistungen im SGB V aufgenommen werden. Damit streben sie einerseits eine Anbindung an das Gesundheitswesen an, wie es ihrer beruflichen Grundqualifikation entspricht. Eine Engführung an die Jugendhilfe erscheint ihnen problematisch, weil dies das besondere Vertrauensverhältnis, das sie bei vielen Familien genießen, gefährden kann.

Eine anteilige Finanzierung durch Krankenkassen und Bundesinitiative/ Jugendhilfe kann die Schnittstellenproblematik überwinden, insofern die Familienhebammen dann in beiden Systemen verankert sind und sowohl seitens der Jugendhilfe als auch der Gesundheitshilfe auf sie (Verweismöglichkeit für Frauen- und Kinderärzte im Rahmen der Mutterschafts- und der Kinderrichtlinien) und von ihnen zurück verwiesen werden kann.

Auch können Familienhebammen so gleichermaßen in die Netzwerke Frühe Hilfen nach SGB VIII und die gesundheitlichen Angebote nach SGB V einbezogen werden, ohne jedoch durch eine Weisungsbefugnis in evtl. Loyalitätskonflikte zwischen Familien und Jugendamt zu geraten. Dadurch kann nicht nur die Vernetzungsproblematik der Frühen Hilfen in das Gesundheitswesen wesentlich verbessert, sondern auch ein Webfehler der vorgesehenen Neuregelung des § 26 beseitigt werden (s.u.).

SGB V, § 25, Absatz 3 letzter Satz

Der Auftrag zur Erprobung von Gesundheitsuntersuchungen soll um den Einschub ergänzt werden:

„… Ausgestaltung und Wirksamkeit der Gesundheitsuntersuchung …"

Begründung:

Zur Ausweitung der Früherkennungsuntersuchungen hinsichtlich Inhalten und Umfang ist positiv hervorzuheben, dass dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Möglichkeit aufgetragen wird, in Richtlinien geeignete inhaltliche und organisatorische Ausgestaltungen zu prüfen. Es sollte hier expliziert werden, dass diese Erprobung auch Erkenntnisse zur Feststellung der jeweiligen Wirksamkeit einer Untersuchung beinhalten soll.

SGB V, § 26, Absatz 1, Satz 2

Die Erweiterung der Gesundheitsuntersuchungen auf „Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken" soll gestrichen werden.

Begründung:

Eine Erhebung psychosozialer Daten zur Ermittlung von Risikofaktoren soll vermieden werden, weil auf dem Hintergrund der hohen Stigmatisierungssorgen gerade diejenigen Familien, deren Betreuung besonders wichtig erscheint, sozial erwünschte oder auch falsche Angaben machen oder sogar komplett verloren gehen können (Präventionsparadox).

SGB V, § 26, Absatz 1, Satz 3

Der 3. Satz soll wie folgt ergänzt werden:

„Die Untersuchungen umfassen Hinweise zu Frühen Hilfen und Sozialpädiatrischen Zentren …"

Begründung:

Frühe Hilfen und SPZs sind jene Angebote, die vor allem auf junge Familien mit hohen Belastungen ausgerichtet sind und über entsprechendes Methodenprogramm verfügen, diesen zu helfen. Mit einer Einbindung der Familienhebammen in die Leistungen nach SGB V (s.o.) könnte diese Schnittstellenproblematik überwunden werden.

In der Begründung wird darauf verwiesen, dass Ärztinnen und Ärzte sowohl auf Grund ihrer Qualifikation als auch auf Grund des besonderen Arzt-Patienten-Verhältnisses seit jeher besonders geeignet seien, eine primärpräventive orientierte Beratung und Begleitung zu leisten. Hier ist das Argument des Zugangs einleuchtend und wissenschaftlich belegt, weil Ärzt/innen über ein besonderes Vertrauensverhältnis zu ihren Patient/innen verfügen. Es ist von hoher Bedeutung, dieses Verhältnis keinesfalls durch fachfremde Aspekte zu gefährden, wie es der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Expertise zur Ablehnung einer Früherkennung auf Kindeswohlgefährdung 2007 eindrucksvoll dargestellt hat. Das von allen Bänken des GBA getragene Gutachten sollte Mahnung sein, den Ärzt/innen keine fachfremden Detektionsaufgaben zu übertragen.

Nicht zutreffend ist der Verweis auf die medizinische Qualifikation. Vielmehr wird in den Analysen über die Aus- und Fortbildung von Mediziner/innen regelmäßig geringe Beratungskompetenz und fehlende Kenntnisse zu den Lebenswelten insbesondere sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen beklagt.

Daher sollten Ärzt/innen das ihnen entgegen gebrachte Vertrauen an lebensweltnahe Dienstleister/innen wie insbesondere Familienhebammen delegieren, damit diese milieunah und „vor Ort" spezifische Risiken erkennen und Gegenmaßnahmen gemeinsam mit den Betroffenen entwickeln können. Der primärpräventive Ansatz gebietet hier eine unspezifische, nicht-selektive Bereitstellung entsprechender Verweisinformationen.

In jedem Fall ist zu vermeiden, dass parallel zu den Frühen Hilfen Doppelstrukturen im Gesundheitswesen entstehen.

4. Abschlussbemerkungen

Es ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber das wichtige Thema eines Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz aufgreift.

Gerade wegen der Vielfalt an Handlungsfeldern, Akteuren und Aktivitäten erscheint die Etablierung eines starken Fürsprechers der Gesundheitsförderung auf Bundesebene von besonderer Bedeutung. Im korporatistisch organisierten Sozialsystem der Bundesrepublik bedarf es eines legitimierten und operierenden Akteurs, um Schnittstellenprobleme und Steuerungsdefiziten zu begegnen. Dabei sollte – das lehren auch die Erfahrungen in den bislang gescheiterten Anläufen zu einem Präventionsgesetz – von der Trägervielfalt in Deutschland ausgegangen werden.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat sich in den vergangenen Jahren zu einem wesentlichen Motor der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung entwickelt. Mit dem Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit" und dem darin eingebetteten „Kommunalen Partnerprozess Gesundes Aufwachsen für Alle" hat sie im Zusammenwirken mit den Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit maßgeblich dazu beigetragen, überregionale und kommunale Strukturen für primäre Prävention zu etablieren. Allerdings ist dieser Prozess bislang von hoher Symbolik gekennzeichnet mit nur marginalen Finanzressourcen.
Hier fehlt es in Anbetracht der geringen Finanzmittel der Kommunen insbesondere an Mitteln zur Umsetzung. Es gilt also sicherzustellen, dass die vorgeschlagenen Gelder der GKV die konkreten primären Präventionsleistungen „vor Ort" finanzieren können. Anzustreben wäre hier die Einbettung in größere Strukturen wie bspw. einem Stiftungsmodell. Beispielgebend dazu kann auch – sowohl strukturell als auch inhaltlich – das Nationale Zentrum Frühe Hilfen erwähnt werden, das in gemeinsamer Trägerschaft durch BZgA und das Deutsche Jugendinstitut einen Rahmen bietet für die umfangreichen Aktivitäten auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zum Aufbau Früher Hilfen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet hierfür gute Voraussetzungen. Dafür sollte die nachgeordnete Behörde BZgA allerdings, analog den Empfehlungen des Wissenschaftsrates von 2008, im Bereich von Forschung und Konzeptentwicklung deutlich gestärkt werden. Als Empfehlung sei ergänzt, dass der Begriff der „gesundheitlichen Aufklärung" dem Anforderungsprofil an eine solche zentrale Einrichtung nicht gerecht wird. Hier sollte perspektivisch an eine Umbenennung in „Bundeszentrale für Gesundheitsförderung" gedacht werden.

Gesundheitsförderung und Prävention stellen sich in Deutschland als Entwicklungsaufgabe. Entsprechend ist die Qualitätssicherung ein Entwicklungsprozess, der sich vor einer Reduktion auf kurzfristige und unterkomplexe Kriterien schützen muss. Die intendierte Ressourcenstärkung wird sich in Lebensverläufen positiv ausdrücken, nicht jedoch in kurzfristigen Parametern wie Inanspruchnahmeverhalten. Die Indikatoren müssen sich daran orientieren, was sich als langfristige Kriterien bewehrt. Beispielgebend sind diese zusammengefasst in den Good Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche

Chancengleichheit", bei dem u.a. auf Lebenswelt- und Soziallagenorientierung, Partizipation, Empowerment und Multiplikatorenkonzepte abgezielt wird. Dabei empfehlen sich Strategien des Mainstreaming, da sie den unterschiedlichen Lebensrealitäten und dem unterschiedlichen Gesundheitsverhalten der Menschen Rechnung trägt. Die Gender-Mainstreaming-Strategie kann hier erweitert werden um spezifische soziale Bedingungen (insb. Armutslagen) sowie soziale Diversitäten, die im Diversity-Ansatz und dem Allgemeinen Gleichstellungsgesetz (AGG) skizziert sind.

Neben dem Handlungsfeld der nicht-medizinischen Primärprävention insbesondere über den Setting-Ansatz muss auch die Querschnittsaufgabe der Gesundheitsförderung bedacht werden – die gesamte gesundheitliche und soziale Versorgung soll sich am Konzept der Ottawa-Charta ausrichten. Die aktuelle Vertiefung der Segmentierungen im Gesundheits- und Sozialwesen durch weitere „Insellösungen" sind für alle Beteiligten in hohem Maße unbefriedigend und demoralisierend.
In diesem Zusammenhang ist es zu begrüßen, dass die hier vorgeschlagenen Gremien auf Bundes- und Landesebene auf bestehenden Strukturen aufbauen und eine breite Beteiligung vieler Akteure ermöglichen werden, was ggf. im Sinne o.a. Vorschläge in Gesetzestext und –begründung noch stärker expliziert werden kann.