Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(32)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
21.04.2015

BUNDESVERBAND

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses

am 22.04.2015

zum Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz PrävG)

BT-Drucksache 18/4282

sowie zu den Anträgen

Bündnis 90/Grünen: Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz

BT-Drucksache 18/4327

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

BT-Drucksache 18/4322

Stand 20.04.2015

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322

I. Vorbemerkung ..... - 4 -

II. Gesetzentwurf ..... - 8 -

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ..... - 8 -

Nr. 1 § 1 Solidarität und Eigenverantwortung ..... - 8 -

Nr. 2 § 2b Geschlechtsspezifische Besonderheiten ..... - 9 -

Nr. 3 § 11 Leistungsarten ..... - 10 -

Nr. 4 § 20 Abs. 1 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung ..... - 11 -

Nr. 4 § 20 Abs. 2 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung ..... - 12 -

Nr. 4 § 20 Abs. 3 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung ..... - 14 -

Nr. 4 § 20 Abs. 4 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung ..... - 15 -

Nr. 4 § 20 Abs. 5 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung ..... - 16 -

Nr. 4 § 20 Abs. 6 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung ..... - 18 -

Nr. 5 § 20a Abs. 1 und 2 Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ..... - 19 -

Nr. 5 § 20a Abs. 3 und 4 Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ..... - 20 -

Nr. 6 § 20b Abs. 1 Betriebliche Gesundheitsförderung ..... - 22 -

Nr. 7 § 20c Absatz 1 Abstimmung mit der Unfallversicherung ..... - 23 -

Nr. 8 § 20d Nationale Präventionsstrategie ..... - 24 -

Nr. 8 § 20e Absatz 1 Nationale Präventionskonferenz ..... - 26 -

Nr. 8 § 20e Abs. 2 Nationale Präventionskonferenz ..... - 27 -

Nr. 8 § 20f Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie ..... - 28 -

Nr. 8 § 20g Modellvorhaben ..... - 29 -

Nr. 10 § 20d wird § 20i Schutzimpfungen ..... - 30 -

Nr. 11 § 23 Abs. 2 Medizinische Vorsorgeleistungen ..... - 31 -

Nr. 12 § 24 d Hebammenhilfe ..... - 33 -

Nr. 14 § 25 Gesundheitsuntersuchungen ..... - 36 -

Nr. 15 § 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche ..... - 38 -

Nr. 16 § 65a Abs. 1 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten ..... - 39 -

Nr. 16 § 65a Abs. 2 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten ..... - 42 -

Nr. 18 § 132e Versorgung mit Schutzimpfung ..... - 43 -

Nr. 19 § 132f Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte ..... - 45 -

Nr. 20 § 140 f Patientenbeteiligung ..... - 46 -

Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch- 47 -

Nr. 1 § 20 Absatz 5 Zertifizierung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention ..... - 47 -

Nr. 2 § 20a Absatz 2 Satz 3 Vergütung Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ..... - 48 -

Nr. 3 a) § 20b Absatz 1 Satz 2 Zertifizierung individualpräventiver Angebote in Betrieben ..... - 49 -
Nr. 3 b) § 20b Absatz 3 Regionale Koordinierungsstellen ..... - 50 -
Nr. 3 b) § 20b Abs. 4 Betriebliche Gesundheitsförderung ..... - 51 -

Artikel 6 und 7 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch .... - 52 -

Nr. 1 § 5 und Artikel 7 § 5 Abs. 3 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation ..... - 52 -
Nr. 2 § 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ..... - 55 -
Nr. 3 § 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflicht. - 56 -
Nr. 4 § 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen- 57 -
Nr. 5 § 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege ..... - 58 -

III. Anträge ..... - 59 -

Antrag Bündnis90/Die Grünen: Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz ..... - 59 -
Antrag Die Linke: Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten ..... - 61 -

I. Vorbemerkung

Vorsorge ist besser als heilen. Diesen Grundsatz lebt die AOK seit vielen Jahren in ganz besonderem Maße und setzt sich mit zahlreichen innovativen Angeboten für die Gesunderhaltung ihrer rund 24 Millionen Versicherten ein. Im Fokus stehen dabei sowohl Präventionsangebote für Kinder als auch das breite Feld der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Doch Prävention und Gesundheitsförderung können nicht alleine von den Krankenkassen geleistet werden. Es ist zweifellos eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das erfordert, dass alle Faktoren und Zuständigkeiten, die Einfluss auf die Gesundheit der Menschen haben, in den Fokus einer nationalen Präventionsstrategie genommen werden müssen. Mit dem nunmehr vierten Anlauf für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention werden aus Sicht des AOK-Bundesverbandes zwar Strukturen skizziert, wie Prävention als wesentliche Säule zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung ausgebaut werden könnte. Mit dem Ansatz, dies schwerpunktmäßig im SGB V zu regeln, wird allerdings allein die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zum gestaltenden Akteur gemacht, sodass der Entwurf deutlich hinter dem Erforderlichen zurückbleibt. Die finanziellen Lasten des Vorhabens werden allein den gesetzlich Krankenversicherten über ihren Zusatzbeitrag auferlegt.

Richtigerweise wird in dem Entwurf herausgestellt, dass „die Bedingungen der alltäglichen Lebenszusammenhänge“ einen erheblichen Einfluss auf den individuellen Lebensstil haben. Die Bandbreite der notwendigen Unterstützungsmaßnahmen sowie die dafür relevanten Akteure werden auch in den bisher formulierten „nationalen Gesundheitszielen“ deutlich, die den Handlungsrahmen von Gesundheitsförderung und Prävention bilden sollen. Eine im Gesetzentwurf angestrebte „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ impliziert, dass auch die sozialen Komponenten nicht vernachlässigt werden dürfen. Hier bleibt das Gesetz allerdings weit hinter den Erwartungen zurück, da den für die Daseinsvorsorge verantwortlichen Akteuren eine Beteiligung freigestellt bleibt.

Es fehlt an der Normierung von Verantwortung für die Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, die im Bereich von Umwelt und Stadtentwicklung, Bildung, Ernährung, Familie, Senioren und Jugend sowie Arbeit einen erheblichen Einfluss auf die Gestaltung gesunder Lebensverhältnisse haben. Neben der Fokussierung auf das gesundheitliche Verhalten des Einzelnen fehlt eine stärkere Berücksichtigung verhältnispräventiver Aspekte.. Nun sollen die Krankenkassen, die keinerlei Zuständigkeit für die Gestaltung von Lebensverhältnissen haben, mit hohem bürokratischem Aufwand eine Präventionsstrategie entwickeln.

Der Schwerpunkt des Gesetzentwurfs liegt auch weniger auf der Bekämpfung der Ursachen gesundheitlicher Risiken, sondern auf der Behandlung von Symptomen. In der Gesetzesbegründung wird zwar der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit als Ursache von Krankheit genannt, daraus allerdings nur die Prävention der individuellen Gesundheitsrisiken abgeleitet. Ähnliches wird auch bei den ärztlichen Untersuchungen deutlich. Ärzte besitzen weder in der Einschätzung sozialer Lebensrisiken ausreichende Kompetenz noch können sie inhaltlich und zeitlich eine ursachenbezogene Beratung und Intervention einleiten. Wichtig ist, Menschen niedrigschwellig in ihren Lebenswelten zu erreichen. Es hilft den Betroffenen nicht, sozialen Problemen einen Krankheitswert zu verleihen. Die soziale Verantwortung auf das Gesundheitswesen zu verlagern, birgt die Gefahr, dass Probleme nicht mehr wahrgenommen und adäquat angegangen werden können und damit auch die Chance für die Abfederung des demografischen Wandels verspielt wird.

Alle reden mit, aber nur einer zahlt

Die erhoffte Wirkung des Gesetzentwurfs läuft Gefahr, sich im bürokratischen Gewirr der verschiedenen Regelungen zu verlieren. Deutlich wird dies vor allem in der Ausgestaltung der nationalen Präventionsstrategie. Vier Sozialversicherungsträger unter Initiative der GKV tragen die entscheidende Verantwortung und nur zwei von ihnen haben eine festgeschriebene gesetzliche Finanzverantwortung. Mitreden in der nationalen Präventionskonferenz dürfen Bund, Länder, Kommunen, Sozialpartner, Träger für Arbeitssuchende, der Jugendhilfe und Patienteninitiativen. Weiterhin müssen fünf Ministerien (Gesundheit, Arbeit und Soziales, Familien, Senioren, Frauen und Jugend, Inneres sowie Ernährung und Landwirtschaft) über die bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen ins Benehmen gesetzt werden. Einmal jährlich soll ein Präventionsforum mit Vertretern von Verbänden und Organisationen der Prävention die Konferenz beraten. Das bedeutet, dass alle mitreden dürfen, aber außer für die GKV und soziale Pflegeversicherung keine Regelungen zur Übernahme konkreter inhaltlicher und finanzieller Verantwortung für die Mitspracheberechtigten existiert. Eine nationale Präventionsstrategie darf nicht auf die Leistungsverantwortung der Sozialversicherungsträger beschränkt sein. Damit die abzuleitenden bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen ihre Berücksichtigung in den Landesrahmenvereinbarungen finden, sind vor allem Länder und Kommunen in der nationalen Präventionskonferenz gefordert, sich zu ihrer Verantwortung zu bekennen damit die Nationale Präventionsstrategie auch mit Leben gefüllt werden kann.

Rolle der BZgA überdenken

Die Rolle der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in den Lebenswelten ist rechtlich höchst bedenklich ausgestaltet. Obwohl der Gesetzgeber alle Sozialversicherungsträger einbinden will, soll die BZgA nur für die GKV tätig werden, die sie zu diesem Zweck auch alleine zu finanzieren hat. Schon daraus ergaben sich finanzverfassungsrechtliche Bedenken, da es keinen Rechts- oder Sachgrund dafür gibt, die eigenverantwortliche Aufgabenwahrnehmung der Selbstverwaltung einzuschränken und stattdessen per gesetzlicher Anordnung eine Bundesbehörde zu beauftragen und aus Mitteln der Sozialversicherung zu finanzieren. Vom Grundgesetz sind dem Bund keine konkreten Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsförderung zugewiesen. Damit wird der Zusammenhang zwischen Aufgaben- und Ausgabenverantwortung, der dem Gebot der Trennung von Sozialversicherungsaufkommen und Staatshaushalt zugrunde liegt, in rechtswidriger Weise aufgelöst.

Die Beauftragung einer zentralen Bundesbehörde mit der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Settingmaßnahmen in der Prävention ist abzulehnen. Die Entwicklungs-, Finanz- und Umsetzungsverantwortung für Präventionsmaßnahmen im Leistungsbereich der GKV ist eindeutig geregelt. Es bedarf daher keiner externen Bundesinstitution, um die Krankenkassen bei der Umsetzung von Präventionsangeboten in Lebenswelten und der Organisation von Netzwerken in den Ländern und Kommunen zu unterstützen. Außerdem würden hier Parallelstrukturen zu den Landesrahmenvereinbarungen aufgebaut, die zusätzliche Bürokratie schaffen und Geld binden, das den Versicherten direkt zugutekommen muss. Schon die pauschale Festlegung des Finanzvolumens legt nahe, dass hier nicht der Bedarf sondern die Quersubventionierung der BZgA im Vordergrund stand. Ihre Kernkompetenz liegt in Aufklärungskampagnen, in der Medienentwicklung und in der Erarbeitung von Grundsätzen zur Gesundheitserziehung. Die BZgA verfügt als unmittelbare Bundesbehörde über keinerlei Durchgriffsrechte auf der Landes- bzw. kommunalen Ebene.

Zentrale Themenstellungen sind auf der Ebene der nationalen Präventionskonferenz zu bearbeiten, da hier die entscheidenden Verantwortungsträger zusammenkommen.

Als Alternative zu den bisher geplanten Aufgaben der BZgA und um mit dem Gesetz mehr Wirksamkeit über die GKV hinaus zu erlangen, wäre es sinnvoller, die Expertise der BZgA - die nicht in der operativen Durchführung von Präventionsmaßnahmen sondern in der Erarbeitung von Grundsätzen zur Gesundheitserziehung liegt - auf der Ebene allen Akteuren zugänglich zu machen.

Krankenkassen belegen Handlungsfähigkeit

Schon heute hat die AOK Vereinbarungen auf der Landesebene geschlossen und viele Maßnahmen umgesetzt, die gesundes Verhalten in den Lebenswelten prägen. Ein Präventionsgesetz muss diesen Gestaltungsspielraum sowie bestehende Strukturen und Maßnahmen befördern und nicht ausbremsen. Die GKV hat bereits empirisch abgeleitete Ziele und Qualitätskriterien in ihrem Leitfaden Prävention definiert und bekennt sich schon heute zu ihrem gesetzlichen Auftrag. Sie fördert mit mehr als fünf Milliarden Euro jährlich Leistungen zur Früherkennung, Prävention und Gesundheitsförderung. Die GKV sieht sich gut aufgestellt und erwartet nun, dass das Gesetz auch für alle anderen Akteure verbindliche Regelungen schafft.

Qualität und Nutzen sind Parameter guter Prävention

Geld ist keine Garantie für nachhaltige Prävention. Vielmehr müssen Qualität, Nutzen und Nachhaltigkeit der Maßnahmen die Parameter messbaren Erfolgs sein und nicht starre Richtwerte. Die Ausgabenhöhe für Settingmaßnahmen muss sich an der Möglichkeit zur Umsetzung qualitätsgesicherter Maßnahmen ausrichten. Sie sollten daher in einer Übergangsfrist von zwei Jahren angehoben werden, um ein qualitäts- und bedarfsorientiertes Vorgehen zu gewährleisten. Flankierend dazu muss eine regelmäßige Präventionsberichterstattung vor allem deutlich machen, was mit den getätigten Investitionen erreicht wurde. Eine pauschale Bestrafung effizienter Leistungserbringung widerspräche dem Gebot der Wirtschaftlichkeit.

Der Zeitplan für eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Umsetzung der im Gesetzentwurf beschriebenen Prozesse bedarf der Überarbeitung. So soll bereits im Oktober 2015 der GKV-SV die BZgA beauftragen, Leistungen in Lebenswelten zu erbringen, obwohl zunächst bis 31.12.2015 bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen zu vereinbaren sind, die sich in den Landesrahmenvereinbarungen niederschlagen sollen. Die Festlegungen aus 16 Landesrahmenvereinbarungen sollen für den Auftrag des GKV-SV an die BZgA herangezogen werden. Das bedeutet, dass bis Oktober 2015 kein qualifizierter Auftrag ausgelöst werden könnte, der den regionalen Erfordernissen entspricht.

Bonusangebote im Ermessensspielraum der Kassen belassen

Der AOK-Bundesverband lehnt Einschränkungen bei den Bonusangeboten für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten ab. Hier muss es den Krankenkassen überlassen bleiben, welche gesundheitsbezogenen Aktivitäten sie besonders unterstützen wollen und in welcher Form die Versicherten am besten angesprochen werden können. Grundsatz muss bleiben, dass gesundheitsfördernde Aktivitäten Vorrang haben, die leicht in den Alltag integriert werden können (Breitensport), um eine gesellschaftliche Fehlsteuerung über ein zu stark gelenktes Gesundheitsverhalten zu vermeiden. Auch erschließt sich nicht, wieso zukünftig Schutzimpfungen oder Teilnahme an Zahnvorsorgeuntersuchungen nicht mehr bonifizierungsfähig sein sollten.

Weiterhin wird es als nicht zielführend angesehen, die Boni alle drei Jahre über die Einsparungen zu bewerten. Im Vordergrund müssen die bewirkten Verhaltensänderungen stehen. Sie führen zu langfristigen Gesundheitseffekten und einer erhöhten Lebensqualität. Hier hat der Gesetzgeber selbst in seiner Bewertung der finanziellen Auswirkungen mit Recht darauf verwiesen, dass einige Maßnahmen erst langfristige Effekte haben werden.

Nachfolgend wird zu den Regelungen des Gesetzentwurfes Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention im Einzelnen Stellung genommen.

II. Gesetzentwurf

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 1 Solidarität und Eigenverantwortung

A Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzt wird die Aufgabe der GKV, die gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten zu fördern.

B Stellungnahme

Die Förderung der Eigenkompetenz und Eigenverantwortung ist ein sinnvoller Ansatz. Die AOK beteiligt sich bereits an internationalen Health Literacy-Projekten und integriert zunehmend Ansätze zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbildung in ihren Beratungs- und Serviceangeboten. Eigenkompetenz und Eigenverantwortung müssen erlernt werden und dies fällt gut gebildeten Kindern und Erwachsenen leichter. Im Rahmen des SGB V greift der Ansatz aber zu kurz. Hier wäre eine ressortübergreifende Lösung unter Beteiligung der Bildungsträger notwendig, um von einer Stärkung der Qualifikation im Sinne der Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse im organisierten Ausbildungs- und Arbeitsprozess zu einer Stärkung der Gesundheitskompetenz zu kommen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 2 § 2b Geschlechtsspezifische Besonderheiten

A Beabsichtigte Neuregelung

Leistungen müssen geschlechterspezifische Besonderheiten berücksichtigen.

B Stellungnahme

Gemäß § 2 Abs. 1 SGB V haben die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen der Krankenkassen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen. In § 12 Abs. 1 SGB V wird weiterhin ausgeführt, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Geschlechtsspezifische Besonderheiten sind vor dem Hintergrund dieser Leistungsgrundsätze bereits nach den aktuellen gesetzlichen Regelungen bei der Leistungserbringung und der Anspruchsprüfung zu berücksichtigen. Die Neuregelung ist dementsprechend als Klarstellung der Gesetzesbegründung aufzufassen, ohne dass hiermit eine Ausweitung des Leistungskataloges intendiert wird.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 3 § 11 Leistungsarten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Änderung ergänzt die Aufzählung der Leistungsarten der gesetzlichen Krankenversicherung um die „Vermeidung von Krankheiten“.

B Stellungnahme

Folgeänderung zur Intention des Gesetzes.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 4 § 20 Abs. 1 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige „Soll-Regelung“ wird als Pflichtaufgabe formuliert, so dass Krankenkassen Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung in ihrer Satzung vorzusehen haben. Sie sollen auf Handlungsfeldern und Kriterien nach Absatz 2 basieren. Weiterhin sollen die Leistungen dazu beitragen, sozial bedingte sowie geschlechterspezifische Ungleichheit zu vermeiden.

B Stellungnahme

Die Stärkung der primären Prävention und Gesundheitsförderung sind bei der AOK bereits seit Jahren gelebte Praxis. In den Satzungen sind sowohl Leistungen zur Verhütung und Vermeidung der Verschlimmerung von Krankheitsrisiken als auch zur Angleichung der Gesundheitschancen aufgenommen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 4 § 20 Abs. 2 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Unter Einbindung von externen Sachverstand legt der GKV-SV einheitliche Handlungsfelder und Kriterien sowie Bedarf, Zielgruppen, Zugang, Inhalt, Methodik, Qualität und Evaluation der Zielerreichung für die Leistungen nach Absatz 1 fest. Die einheitliche Qualität der Leistungen für die individuelle Verhaltensprävention und die BGF soll der GKV-SV über Anforderungen und ein einheitliches Verfahren zur Zertifizierung bestimmen. Diese Leistungen sowie o. g. Rahmenanforderungen werden auf der Internetseite des GKV-SV veröffentlicht. Weiterhin erteilen die Kassen dem GKV-SV die erforderlichen Informationen hierfür sowie zur Erstellung des Präventionsberichtes nach § 20 d, Abs. 2, Nr. 2 SGB V.

B Stellungnahme

Die Regelung sieht eine weitere Stärkung der beratenden Kommission beim GKV-SV vor. Der bereits jetzt schon gemeinsam mit dem GKV-SV und den Verbänden der Krankenkassen erarbeitete „Leitfaden Prävention“ ist eine gute Grundlage, um die Leistungen der GKV zur Prävention und Gesundheitsförderung bedarfsgerecht, evidenzbasiert und qualitätsgesichert zu erbringen.

Für den Bereich der BGF birgt das die Gefahr, dass potenziell vom Grundsatz der maßgeschneiderten Angebote zu Verhaltens- und Verhältnisprävention abgesehen werden müsste und vermehrt Standardmaßnahmen in der BGF vorgehalten werden. Für die BGF macht eine solche Zertifizierung keinen Sinn. Hier werden gemeinsam mit den Arbeitgebern passgenaue Lösungen für die unterschiedlichen Branchen sowie betriebsindividuelle Maßnahmen entwickelt. Daher können für die BGF-Leistungen auch keine Listen geführt werden. Wichtig ist, dass die Qualitätskriterien für die BGF sichergestellt werden.

Aus der beabsichtigten Neuregelung ist der Wille des Gesetzgebers zur Evaluation und Messung der Zielerreichung von Präventionsvorhaben der Krankenkassen ersichtlich.

Die beabsichtigte Neuregelung gibt vor, dass die Krankenkassen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die erforderlichen Auskünfte für die Evaluation und die Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele erteilen. Derzeit fehlt es grundsätzlich allerdings an einem gesetzlich geregelten Mandat zum Erheben und Speichern sowie zum Übermitteln der Sozialdaten im Rahmen von Evaluationen. Im SGB ist nur das Erheben und Speichern der Sozialdaten für die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9) sowie das Übermitteln der Daten nur für Planungs- und Forschungsvorhaben geregelt (§ 75 SGB X).

Daher ist eine entsprechende Klarstellung und generelle Rechtsgrundlage für Evaluationen erforderlich.

C Änderungsvorschlag

Der Bezug zu Absatz 4 Nummer 3 ist zu streichen.

Der § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 SGB V ist nach dem Halbsatz „die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung“ um den Terminus“ und die Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele einschließlich durchzuführender Evaluation“ zu ergänzen.

Nr. 4 § 20 Abs. 3 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-SV hat bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 die bisher vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ verabschiedeten sieben Gesundheitsziele einschließlich der im Bundesanzeiger veröffentlichten Ziele und Teilziele zu berücksichtigen. Für die BGF sind die im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a, Abs. 1, Nr. 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele zu berücksichtigen.

B Stellungnahme

Die im „Leitfaden Prävention“ von der GKV entwickelten Präventions- und Gesundheitsförderungsziele orientieren sich bereits an den nationalen Gesundheitszielen. Sie stellen, wie vom Gesetzgeber intendiert, eine Orientierung für die GKV dar. Die GKV konzentriert sich bei der Auswahl ihrer Schwerpunkte auf der Grundlage der epidemiologisch wesentlichen Krankheiten und ihrer nachgewiesenen Risikofaktoren. Eine Festschreibung der Ziele ist, wie auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme angemerkt hat, wenig dynamisch und gilt bis zur nächsten Gesetzesüberarbeitung.

Zudem reicht es nicht aus, dass allein die GKV ihrer Verantwortung nachkommt. Der Kooperationsverbund hat die vorliegenden Ziele gemeinsam konsentiert. Daher muss auch den anderen Trägern von Prävention und Gesundheitsförderung, allen voran den Ländern und Kommunen, eine verbindliche Verantwortung übertragen werden, um ihren Auftrag zur Teilhabesicherung und sozialen Chancengleichheit, der einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit hat, zu erfüllen.

C Änderungsvorschlag

Zumindest für die anderen Träger der Sozialversicherung sind die Ziele auch in die jeweiligen Sozialgesetzbücher zu übernehmen.

Nr. 4 § 20 Abs. 4 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die im ersten Absatz beschriebenen Leistungen werden für die individuelle Prävention in Lebenswelten der gesetzlich Krankenversicherten sowie in Betrieben erbracht.

B Stellungnahme

Die bisherige Systematik der Unterteilung der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention wird klargestellt. Leistungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung und den nichtbetrieblichen Lebenswelten (Kita und Schule) sowie zur Verhaltensprävention werden von den Krankenkassen seit Jahren so umgesetzt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 4 § 20 Abs. 5 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Kassen oder von ihr beauftragte Dritte dürfen Leistungen der individuellen Verhaltensprävention nur erbringen, wenn diese zertifiziert sind. Zu berücksichtigen sind ärztliche Präventionsempfehlungen im Rahmen der Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten §§ 25 und 26 SGB V. Besondere berufliche und familiäre Umstände ermöglichen eine wohnortferne Leistungserbringung auf der Basis des § 23 (2), Satz 2.

B Stellungnahme

Die GKV hat bereits im „Leitfaden Prävention“ festgelegt, dass die Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention einheitlichen Regeln der Zertifizierung unterliegen müssen und nur solche Leistungen von den Krankenkassen angeboten werden dürfen.

Präventionsempfehlungen gehören grundsätzlich zum Therapiespektrum, wenn der Patient damit die Gesundheit stärken bzw. den Verlauf der Krankheit beeinflussen kann. Schon heute haben die Ärzte die Möglichkeit, auf Präventionsangebote der Krankenkassen zu verweisen. Eine entsprechende Gebührenziffer ist im EBM vorgesehen. Die ärztliche Präventionsempfehlung ist in diesem Kontext zu verorten. Berücksichtigt werden muss zudem, dass die Evidenzlage für primärpräventive Maßnahmen in der Arztpraxis sehr dünn ist. In der Ausbildung und den Weiterbildungskatalogen der Ärzteschaft spielt die Primärprävention ebenfalls eine nur marginalisierte Rolle. Gezielte Fortbildungen zur Primärprävention sind somit zu prüfen.

Es ist bereits gängige Praxis, dass Ärzte Vorsorgeleistungen verordnen und dabei die besonderen Belange ihrer Patienten im Blick haben. Der Ansatz verbessert vor allem nicht die Situation besonders belasteter Gruppen, die aufgrund ihrer sozialen Situation diese Angebote nicht nutzen können. Für eine detaillierte Prüfung der Bedürftigkeit bestehen keine Qualitätsstandards.

Die wohnortferne Leistungserbringung auf der Basis des § 23 (2), Satz 2. soll eine zusätzliche Inanspruchnahme von Leistungen für Betroffene, wie Schichtarbeiter oder Pflegepersonen, ermöglichen, die nicht an regelmäßigen, wöchentlichen Angeboten der ambulanten Versorgung teilnehmen können.

In der Begründung zu Nr. 10 im Gesetzentwurf wird ausgeführt: „Die Krankenkassen dürfen deshalb bei ihren Leistungsentscheidungen nicht auf die Möglichkeit verweisen, dass für diese Versicherten entsprechende ambulante Maßnahmen am Wohnort ausreichen“. Mit einer solchen Festlegung wird das gestufte Versorgungssystem (Prävention/Vorsorge/Rehabilitation) verlassen. Da eine objektive Prüfung und Beurteilung, welche familiären oder beruflichen Gründe eine Teilnahme an ambulanten Maßnahmen am Wohnort verhindern, kaum möglich ist, würde in der praktischen Umsetzung nahezu jeder Antrag auf „ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten“ genehmigt werden. Damit würde das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V unterlaufen.

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die Krankenkasse bei der Entscheidung über die Gewährung von ambulanten Leistungen an anerkannten Kurorten auch jetzt schon besondere Belastungsfaktoren berücksichtigt, z. B. wenn eine vorübergehende Herausnahme des Versicherten aus dem sozialen Umfeld geboten erscheint. Die bestehenden Regelungen und Möglichkeiten zur Berücksichtigung von personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren bei der Leistungsentscheidung sind daher ausreichend, um besondere familiäre und berufliche Umstände, die eine Gewährung von Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V erforderlich machen, adäquat zu berücksichtigen.

C Änderungsvorschlag

In der Neuregelung des § 20 Abs. 5 wird der Satz „Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.“ gestrichen

Nr. 4 § 20 Abs. 6 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Ausgabenrichtwert 2015 soll für die Präventionsleistungen nach § 20a bis § 20c nach der bisherigen Systematik angepasst werden. Ab 2016 sollen 7 €/Versicherten investiert werden, wobei jeweils mindestens 2 € in die Lebenswelten und die BGF fließen sollen. In den Folgejahren wird der Betrag auf der Basis der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße angepasst.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist es richtig, auch die finanzielle Seite der Prävention zu stärken, wenn die Leistungen evidenzbasiert sind. Geld darf nicht Maßstab guter Prävention werden, sondern die Frage, was kommt bei den Menschen an, welche Wirkung ist eingetreten und ist diese nachhaltig. Vor allem die AOK hat in den letzten Jahren unter Beweis gestellt, dass sie Maßnahmen auf den Weg gebracht hat, die eine nachhaltige Prävention und Gesundheitsförderung belegen und dafür 4,61 €/Versicherten investiert.

Wenn die Investitionen an qualitätsgeprüfte und nachhaltige Maßnahmen zu binden sind, ist eine Verdoppelung des Richtwertes von 2015 auf 2016 nicht zu erreichen. Betrachtet man die Evidenzlage in der Prävention, besteht vielmehr die Gefahr, ineffiziente Maßnahmen zu fördern. Daher sollte der Gesetzgeber eine Übergangsfrist festlegen. Das bedeutet aus Sicht der AOK zudem, dass Präventionsforschung – bezogen auf die Bedarfe und die Evidenz von Präventionsmaßnahmen - einen höheren Stellenwert in der Forschungslandschaft erhalten muss. Hier ist der Bund gefordert, die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Da die Nationale Präventionsstrategie erstmalig zum 31.12.2015 vereinbart wird und damit in 2016 an der Umsetzung gearbeitet werden kann, sollte eine stufenweise Anpassung für die Settingmaßnahmen gesetzlich verankert werden.

C Änderungsvorschlag

§ 20 Absatz 6 Satz 1 (neu) wird wie folgt gefasst: „Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sowie 20g sollen insgesamt im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,17 €, im Jahr 2016 einen Betrag von 5 € und ab dem Jahr 2017 einen Betrag von 7 € umfassen.“

In § 20 Absatz 6 Satz 2 (neu) wird die Zahl „2016“ durch die Zahl „2017“ ersetzt.

Nr. 5 § 20a Abs. 1 und 2 Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 der Neuregelung wird der Begriff der Lebenswelten definiert. Es wird festgelegt, dass die dort angesiedelten Präventionsleistungen der Krankenkassen unbeschadet der Aufgaben anderer sowie auf Basis von Rahmenvereinbarungen gemäß § 20f Absatz 1 zu erbringen sind. Unter Einbindung der Versicherten und für die Lebenswelt Verantwortlichen wird die Situation bewertet und Maßnahmen entwickelt. Darüber hinaus sollen Krankenkassen insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten fördern. Schwerpunkt ist auch die berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen.

Absatz 2 gibt vor, dass das Engagement der Krankenkassen in Lebenswelten an die Bereitschaft der für die Lebenswelt verantwortlichen Akteure geknüpft wird, sich mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Rahmenvereinbarung nach § 20f an der Umsetzung von Vorschlägen zu beteiligen.

B Stellungnahme

Die AOK engagiert sich bereits seit Jahren erfolgreich im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Gleichzeitig betont sie die gesamtgesellschaftliche Verantwortung und das notwendige gemeinschaftliche Engagement aller relevanten Akteure.

Die AOK begrüßt, dass in der Begründung zum Gesetzentwurf klargestellt wird, dass die lebensweltbezogenen Präventionsleistungen der Krankenkassen nur unterstützende Funktion haben und nur dann erfolgreich sein können, wenn sich alle verantwortlichen Akteure angemessen beteiligen. Darüber hinaus soll u.a. dem Umstand Rechnung getragen werden, dass Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgaben und nicht allein Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Weiterhin heißt es im allgemeinen Teil der Begründung, dass eine Verlagerung staatlicher Aufgaben auf die Sozialversicherung und umgekehrt nicht stattfindet.

Besonders wichtig ist daher: wenn Arbeitslosigkeit der Auslöser von Krankheit ist, sollten zusätzlich zu den gesundheitlichen Maßnahmen auch Angebote zur Verbessrung der Chancen auf den Arbeitsmarkt angeboten werden müssen, um den Kreislauf zu durchbrechen. Nur so kann auf die Ursache wirksam Einfluss genommen werden. Personen, deren gesundheitliche Einschränkungen einer beruflichen Eingliederung im Wege stehen, können nicht Zielgruppen einer primärpräventiven Maßnahme sein, sondern sollten eher im kurativen Bereich Unterstützung finden.

Die AOK begrüßt die gesetzliche Klarstellung, dass die Krankenkassen in Lebenswelten nur Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen erbringen können, wenn die dortigen Akteure sich mit einem entsprechenden Eigenanteil beteiligen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 5 § 20a Abs. 3 und 4 Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3 der Neuregelung sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von kassenübergreifenden Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für gesetzlich Krankenversicherte beauftragt. Hierfür erhält die BZgA eine pauschale Vergütung, die mindestens einem Viertel des Betrags entspricht, den die Krankenkassen für Präventionsleistungen in Lebenswelten mindestens aufbringen sollen (2016 = 0,50 €/Versicherten). Dazu soll sie geeignete Kooperationspartner heranziehen.

In Absatz 4 wird festgelegt, dass die BZgA und der GKV-Spitzenverband hierfür bis zum 30.10.2015 eine Vereinbarung hinsichtlich der Erbringung und Vergütung der Leistungen, zu deren Inhalt, Umfang und Qualität sowie zu Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen zu regeln haben. Kommt eine Vereinbarung bis dahin nicht zu Stande, erbringt die BZgA die Leistungen auf Basis des bisherigen Verhandlungsstandes unter Berücksichtigung der festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie unter Beachtung der in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f getroffenen Festlegungen und des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12.

B Stellungnahme

Es ergeben sich finanzverfassungsrechtliche Bedenken, da es keinen Rechts- oder Sachgrund dafür gibt, die eigenverantwortliche Aufgabenwahrnehmung der Selbstverwaltung einzuschränken und stattdessen per gesetzlicher Anordnung eine Bundesbehörde zu beauftragen und aus Mitteln der Sozialversicherung zu finanzieren. Damit wird der Zusammenhang zwischen Aufgaben- und Ausgabenverantwortung, der dem Gebot der Trennung von Sozialversicherungsaufkommen und Staatshaushalt zugrunde liegt, in rechtswidriger Weise aufgelöst.

Die BzgA ist eine unmittelbare Behörde des Bundes. Wenn der Bund sie als Akteur enger einbinden will, sollte er die Finanzmittel auch entsprechend bereitstellen – schon um dadurch auch seine politische Verantwortung zu unterstreichen.

Mit der Regelung wird außerdem der mit dem Gesetz gewählte Ansatz der Zusammenarbeit der Kassen mit den anderen Sozialversicherungsträgern und der im § 20 a (2) geforderten Beteiligung der Verantwortlichen in den Lebenswelten unterlaufen. Die verpflichtenden Landesrahmenvereinbarungen werden die Bedingungen gemeinsamer Initiativen beschreiben. Parallele Strukturen, die nur die Leistungen der Krankenkassen beinhalten, konterkarieren dieses Vorgehen und bergen die Gefahr, das Geld der Beitragszahler zweckentfremdet einzusetzen. Dafür ausschließlich die Beitragszahler zur Mittelaufbringung zu verpflichten, geht an der Begründung des Gesetzgebers zu den Absätzen 1 und 2 des § 20a vorbei, nach der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind.

Es bedarf auch keiner Neukonzeption von Leistungen in den Lebenswelten auf Bundesebene, da in den Ländern schon ausreichend erfolgreiche Maßnahmen laufen, die lediglich verbreitert werden müssen und mit der Verantwortung anderer Akteure zu vernetzen sind. Die GKV kann die vorgesehenen Mittel somit direkt in die Aktivitäten in den Lebenswelten investieren und muss nicht überflüssige bürokratielastige Parallelstrukturen unterstützen.

Schon heute wird deutlich, dass Prävention und Gesundheitsförderung in den Ländern und Kommunen gut funktionieren, wo deren Entscheidungsträger den Prozess steuern. Die BZgA und auch die möglichen Kooperationspartner haben keinerlei Durchgriffsrechte, um die notwendige Unterstützung einzufordern. Hier können die gewachsenen regionalen Strukturen mehr Akzeptanz erzielen.

Wenn die Expertise der BZgA eingebunden werden soll, sollte sie alle Akteure erreichen. Die Plattform wäre dann ggf. die nationale Präventionskonferenz. Ein Zeichen des Bundes wäre, dafür auch die Finanzierung bereitzustellen.

C Änderungsvorschlag

In § 20a Streichung der Absätze 3 und 4.

Nr. 6 § 20b Abs. 1 Betriebliche Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Betriebsärzte und Fachkräfte der Arbeitssicherheit werden bei der Beteiligung an der Erhebung der gesundheitlichen Situation und der Erarbeitung bzw. Unterstützung der Umsetzung von Maßnahmen als Akteure explizit aufgenommen.

B Stellungnahme

Die Information dieser Akteure ist übliche Praxis. Die Beteiligung an BGF-Prozessen wird aber von Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften häufig selbst abgelehnt, da gerade für kleinere Betriebe nur geringe Betreuungszeiten vorgesehen sind.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7 § 20c Absatz 1 Abstimmung mit der Unfallversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Die Krankenkassen sollen die Träger der Unfallversicherung nicht mehr nur unterrichten, sondern in Abstimmung mit den Trägern der Unfallversicherung auf spezifisch arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung erbringen.

B Stellungnahme

Die Abstimmung mit der Unfallversicherung ist bei ergänzenden Angeboten zum Arbeitsschutz zu begrüßen. Die Krankenkassen werden sicherstellen, dass inhaltsgleiche Angebote ausgeschlossen werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 8 § 20d Nationale Präventionsstrategie

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1: Mit allen Sozialversicherungsträgern (RV, UV, PV) entwickeln die Krankenkassen eine gemeinsame Präventionsstrategie und gewährleisten ihre Umsetzung und Fortschreibung im Rahmen der nationalen Präventionskonferenz nach § 20e.

Absatz 2: Die nationale Präventionsstrategie umfasst 2 Punkte: Bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen sowie die Berichterstattung.

Absatz 3: In Betrieben und Lebenswelten sollen Qualität und Zusammenarbeit über bundesweite Rahmenempfehlungen vereinbart werden. Sie legen gemeinsame Ziele, die Arbeitsschutz- und Impfziele berücksichtigen, vorrangige Handlungsfelder und Zielgruppen, zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten fest. Erstmalig soll diese zum 31.12.2015 vorliegen. An der Vorbereitung sind die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie die obersten Landesjugendbehörden zu beteiligen. Rahmenempfehlungen werden im Benehmen mit dem BMG, BMAS, BMEL, BMFSFJ, BMI und den Ländern vereinbart.

Absatz 4 umfasst die Erstellung eines Präventionsberichtes im Vierjahresrhythmus. Die nationale Präventionskonferenz leitet ihn an das BMG weiter. Der Bericht hat die Leistungen der Träger nach Absatz 1 (ggf. PKV, private PV), insbesondere Ausgaben, Zugangswege, erreichte Personen/Zielgruppen, Ziele, Erfahrungen mit der Qualitätssicherung, der Zusammenarbeit der Träger und mögliche Schlussfolgerungen zu beinhalten. Daten aus dem Gesundheitsmonitoring des RKI sollen ebenfalls aufgenommen werden. Den Ländern bleibt die Einbindung der Erkenntnisse aus deren Gesundheitsberichterstattung freigestellt. Das BMG leitet den Bericht mit einer Stellungnahme den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes zu.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist das Konstrukt, einen nationalen strategischen Rahmen zu schaffen, an dem sich die Umsetzung von konkreten Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort ausrichten sollen, zu begrüßen. Der Ansatz ist jedoch wenig erfolgversprechend, wenn eine „nationale Präventionsstrategie“ nur die Sozialversicherungsträger einbindet und bisher nicht erkennbar ist, in welcher Weise andere Akteure, die für die sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit Verantwortung tragen, diese auch übernehmen müssen. Es fehlt eine deutliche gesamtgesellschaftliche Verteilung der Verantwortung und Finanzierung.

Der Entwurf sieht vor, den Krankenkassen den Auftrag zu erteilen, die Entwicklung einer „nationalen Präventionsstrategie“ zu initiieren. Das setzt allerdings voraus, dass auch für die anderen SV-Träger eine inhaltliche und finanzielle Regelung ihres Präventionsauftrages zu erfolgen hat. Weiterhin muss die Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit und der Landesjugendbehörden mit der Verpflichtung der Übernahme konkreter

Aufgaben und deren Finanzierung verbunden werden. Schließlich wird Gesundheit von sozialen Rahmenbedingungen wesentlich beeinflusst.

Da die Rahmenempfehlungen Basis für die Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f sein werden, muss es verbindliche Regeln zur Übernahme von Aufgaben und deren Finanzierung durch die Verantwortlichen in den Lebenswelten geben. Die Umsetzung findet vor Ort in den Ländern und Kommunen statt. Hier entstehen die Strukturen für das Einbinden der Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, z.B. in Kindertagesstätten, Schulen, Wohnquartieren und zu den Rahmenbedingungen für die Teilhabe älterer Menschen

C Änderungsvorschlag

Um eine bessere Verbindlichkeit in der Gestaltung der nationalen Präventionsstrategie zu erreichen, sind für alle beteiligten SV-Träger, analog zur GKV und SPV, gesetzliche Vorgaben zu deren Aufgaben und zur Finanzierung zu konkretisieren. Länder und Kommunen haben verbindlich Aufgaben und deren Finanzierung in der Gesundheitsförderung und Prävention zu übernehmen. Das erfordert verbindliche Regeln zu deren Aufgaben und Finanzierung.

Nr. 8 § 20e Absatz 1 Nationale Präventionskonferenz

A Beabsichtigte Neuregelung

Die nationale Präventionskonferenz hat die Aufgabe, die nationale Präventionsstrategie zu entwickeln, umzusetzen und fortzuschreiben. Die Sozialversicherungsträger erhalten als Arbeitsgemeinschaft in den Sitzungen jeweils zwei Stimmen. Die PKV und private PV erhalten eine Stimme, wenn sie sich in gleicher finanzieller Höhe, bezogen auf ihre Versicherten, an den Leistungen beteiligen. Bund und Länder haben jeweils vier beratende Stimmen und die Bundesagentur für Arbeit, Kommunale Spitzenverbände sowie die Sozialpartner nehmen mit jeweils einer Stimme beratend teil. Arbeitsweise und Beschlussverfahren werden in einer Geschäftsordnung festgelegt, die einstimmig angenommen werden muss. Die BZgA wird die Geschäftsführung übernehmen.

B Stellungnahme

Die nationale Präventionskonferenz soll die Plattform bilden, um die nationale Präventionsstrategie zu gestalten und mit Leben zu füllen.

Die Konstruktion der §§ 20d und 20e ist dafür in sich nicht konsistent. Grundsätzlich müssen Entscheidungen so ausgestaltet sein, dass Stimmrechte nur vergeben werden können, wenn, wie für die PKV beschrieben, ein ausreichender inhaltlicher und finanzieller Beitrag in die nationale Präventionsstrategie eingebracht wird. Das heißt im Gegenzug, dass dann diese Partner auch gemeinsam die Präventionsstrategie zu erarbeiten haben.

Ebenfalls sollten die Regelungen zu den Mitwirkungsrechten überprüft werden. Im Zuge der Regelungen des § 20d soll die nationale Präventionsstrategie in Rahmenempfehlungen münden, die im Benehmen mit den dort genannten Ministerien zu vereinbaren sind. Dies wäre allerdings ein Vorgang, der im Rahmen der im § 20e beschriebenen Präventionskonferenz zu regeln wäre, da dort weitere beratende Akteure benannt wurden, die z.T. mit den ins Benehmen zu setzenden Akteuren identisch sind.

Die Übernahme der Geschäftsführung durch die BZgA macht keinen Sinn, wenn lediglich vier Sozialversicherungsträger den Auftrag erhalten, eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln. Die Geschäftsführung kann von den vier Sozialversicherungsträgern selbstständig durchgeführt werden.

C Änderungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, alle Mitberatenden und in Benehmen zu setzenden Akteure auf der Ebene der nationalen Präventionskonferenz einzubinden, um Entscheidungsrunden abzukürzen. Vor allem muss hinsichtlich der Landesrahmenvereinbarungen eine Beteiligung der Länder bei der Erarbeitung der nationalen Präventionsstrategie verbindlich sein.

Nr. 8 § 20e Abs. 2 Nationale Präventionskonferenz

A Beabsichtigte Neuregelung

Ein Präventionsforum soll die nationale Präventionskonferenz beraten. Es soll in der Regel einmal jährlich durchgeführt werden. Neben den stimmberechtigten Mitgliedern der Präventionskonferenz werden Vertreter maßgeblicher Organisationen und Verbände das Forum ergänzen. Die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung wird mit der Organisation beauftragt. Die Organisation und Kosten regelt die Geschäftsordnung der nationalen Präventionskonferenz.

B Stellungnahme

Die starre Konstruktion eines jährlich stattfindenden Präventionsforums wird der Aufgabenstellung der Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung einer Präventionsstrategie, welches ein dynamischer Prozess ist, nicht gerecht. Vielmehr muss es der nationalen Präventionskonferenz obliegen, themenbezogen externen Sachverstand einzubinden, um die nationale Präventionsstrategie bedarfsgerecht, u.a. unter Einbindung vorliegender Forschungs- und Evaluationsergebnisse, weiterzuentwickeln.

Das bedeutet aus Sicht der AOK auch, dass Präventionsforschung - bezogen auf die Bedarfe und die Evidenz von Präventionsmaßnahmen - einen höheren Stellenwert in der Forschungslandschaft erhalten muss. Hier ist der Bund gefordert, die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

C Änderungsvorschlag

Der § 20e (2) ist wie folgt zu formulieren:

„Zur zielgerichteten Weiterentwicklung der nationalen Präventionsstrategie wird themenbezogen externer Sachverstand eingebunden, um Fragen des Forschungsstandes zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Ergebnisse der Evaluation und des Präventionsberichtes in die nationale Präventionsstrategie und die daraus abgeleiteten Rahmenempfehlungen einzubinden.“

Nr. 8 § 20f Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 – Die Kranken-/Pflegekassen auf Landesebene schließen mit den in den Ländern zuständigen Stellen und den Trägern der RV und UV gemeinsame Rahmenvereinbarungen zur Umsetzung der Leistungen nach § 20 (4) Nr. 2 und 3 sowie §§ 20a bis 20c SGB V.

Absatz 2 – Zu berücksichtigen sind die bundesweiten Rahmenempfehlungen insbesondere zur Einbeziehung der Ziele und Handlungsfelder auf der Basis der regionalen Bedarfe, der Leistungskoordination zwischen den Beteiligten, Abgrenzungsfragen, Zusammenarbeit mit dem ÖGD und der Jugendhilfe sowie der Einbindung weiterer Partner.

Einzubinden in die Vorbereitung der Rahmenempfehlungen sind die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene, die auch eine Beitrittsoption haben.

B Stellungnahme

Die Landesrahmenvereinbarungen sollen die bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen auf der Grundlage der regionalen Bedarfe umsetzen. Sie bilden eine Basis, um mit den unterschiedlichen Partnern in den Regionen Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln und umzusetzen. Das kann kein starres Konstrukt sein vielmehr muss es flexible Lösungsansätze vor Ort geben, um die unterschiedlichen Schwerpunkte in der Prävention und Gesundheitsförderung abbilden zu können. Zu beachten ist, dass schon erfolgreich etablierte Maßnahmen in den Ländern unter dem Dach der Landesrahmenvereinbarungen weitergeführt werden können, um die Kontinuität der Maßnahmen zu gewährleisten. Es muss eine bedarfsgerechte und datenbasierte Weiterentwicklung in den Ländern sichergestellt sein. Wichtig ist die Feststellung, dass die finanziellen Zuständigkeiten den jeweiligen Vereinbarungspartnern nach ihrem gesetzlichen Auftrag eindeutig zugeordnet wurden.

Dieser Ansatz kann jedoch seine Wirkung nur entfalten, wenn die Verantwortlichen in den Ländern und Kommunen eine „angemessene“ Eigenleistung erbringen, wie es im des § 20a, Absatz 2 bereits vorgesehen ist.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 8 § 20g Modellvorhaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 - Die Sozialversicherungsträger können Modellvorhaben zu den in den Rahmenempfehlungen festgelegten Zielen einzeln oder in Kooperation, insbesondere mit den zuständigen Stellen der Länder, durchführen, um Qualität und Effizienz von Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten oder im Betrieb zu verbessern. Das kann auch der wissenschaftlich fundierten Auswahl geeigneter Maßnahmen der Zusammenarbeit dienen.

Absatz 2 – Die Modellvorhaben sind auf fünf Jahre begrenzt und müssen wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden.

B Stellungnahme

Die Regelung dient dazu, dass der Erkenntniswert zur Qualität und zum Nutzen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention weiter verbessert werden kann. Dass künftig mit den Modellvorhaben und deren Evaluation auch herausgearbeitet werden kann, welche Maßnahmen in Kooperation mit anderen Partnern einen besonders hohen Nutzen für die Gesundheit der Bevölkerung haben, ist von großer Bedeutung für die weitere Ausgestaltung der Prävention und Gesundheitsförderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 10 § 20d wird § 20i Schutzimpfungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Neben redaktioneller Bereinigung des Absatzes 1 Satz 5 sowie Absatz 2 Satz 2 zum Vorgehen bei erstmaliger Festlegung der Schutzimpfungsrichtlinie durch den G-BA sollen vereinfachte Möglichkeiten zur Erstattung von Sachkosten in den Rahmenvereinbarungen nach Absatz 3 Satz 3 zwischen Krankenkassen und den in den Ländern für die Durchführung von Schutzimpfungen zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes vorgesehen werden.

B Stellungnahme

Für die Abrechnung und Erstattung von Sachkosten im Zusammenhang mit Impfleistungen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) ist es zwingend erforderlich, weiterhin an einer versichertenbezogenen Abrechnung der Impfstoffkosten mit der Krankenkasse des Versicherten festzuhalten, schon um die Leistungspflicht feststellen zu können. Diesbezüglich darf es daher keine Vereinfachung geben. Davon ausgenommen müssen auch weiterhin Riegelungsimpfungen sein: Hier handelt es sich um eine Sofortmaßnahme der Gefahrenabwehr, die auch bislang zu Recht nicht Aufgabe der Krankenkassen ist. Entsprechende Impfstoffkosten sind daher nicht zu Lasten der GKV abrechnungsfähig.

Notwendig wäre dagegen, ein effizientes und dem heutigen Stand der Technik angemessenes Abrechnungsverfahren zu etablieren. Dies würde den aus Vereinfachungen resultierenden enormen Verwaltungsaufwand seitens der Kostenträger minimieren und letztlich zur schnelleren Prüfung und Bearbeitung beitragen. Daneben sind bei der Verordnung von Impfstoffen durch den ÖGD die Hinweise der Krankenkassen zum wirtschaftlichen Bezug zu beachten.

Die beabsichtigte Neuregelung ist vor diesem Hintergrund abzulehnen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehen Neuregelung.

§ 20i Absatz 3 wird um die Sätze 3 und 4 neu ergänzt:

„Die Hinweise der Krankenkassen zum wirtschaftlichen Bezug von Impfstoffen sind zu beachten. Für die Abrechnung mit den Krankenkassen gilt § 300.“

Nr. 11 § 23 Abs. 2 Medizinische Vorsorgeleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der gesetzlichen Neuregelung wird der Anspruch von Versicherten auf die Leistung der ambulanten Vorsorge in anerkannten Kurorten erweitert. Bisher war eine Anspruchsgrundlage gegeben, wenn die ambulante medizinische Versorgung (ärztliche Behandlung inklusive Heil-und Hilfsmittelverordnung, Präventionsangebote nach § 20 SGB V, ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 SGB V u. a. in Verbindung mit § 44 SGB IX) nicht ausreicht, um Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung bzw. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Eine erweiterte Anspruchsgrundlage soll zukünftig bestehen, wenn diese möglichen ambulanten Leistungen aus „besonderen beruflichen und familiären Umständen nicht [am Wohnort] durchgeführt werden“ können. Ferner wird die Obergrenze des Zuschusses der Krankenkasse im Zusammenhang mit ambulanten Leistungen in anerkannten Kurorten erhöht.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Erweiterung soll eine zusätzliche Inanspruchnahme von Leistungen für Betroffene, wie Schichtarbeiter oder Pflegepersonen, ermöglichen, die nicht an regelmäßigen, wöchentlichen Angeboten der ambulanten Versorgung teilnehmen können.

In der Begründung zu Nr. 10 im Gesetzentwurf wird ausgeführt: „Die Krankenkassen dürfen deshalb bei ihren Leistungsentscheidungen nicht auf die Möglichkeit verweisen, dass für diese Versicherten entsprechende ambulante Maßnahmen am Wohnort ausreichen“. Mit einer solchen Festlegung wird das gestufte Versorgungssystem (Prävention/Vorsorge/Rehabilitation) verlassen. Da eine objektive Prüfung und Beurteilung, welche familiären oder beruflichen Gründe eine Teilnahme an ambulanten Maßnahmen am Wohnort verhindern, kaum möglich ist, würde in der praktischen Umsetzung nahezu jeder Antrag auf „ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten“ genehmigt werden. Damit würde das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V unterlaufen.

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die Krankenkasse bei der Entscheidung über die Gewährung von ambulanten Leistungen an anerkannten Kurorten auch jetzt schon besondere Belastungsfaktoren berücksichtigt, z. B. wenn eine vorübergehende Herausnahme des Versicherten aus dem sozialen Umfeld geboten erscheint. Die bestehenden Regelungen und Möglichkeiten zur Berücksichtigung von personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren bei der Leistungsentscheidung sind daher ausreichend, um besondere familiäre und berufliche Umstände, die eine Gewährung von Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V erforderlich machen, adäquat zu berücksichtigen.

Die Anhebung des gesetzlichen Höchstbetrages, bis zu dem die Krankenkassen als Satzungsleistung einen Zuschuss zu den Vorsorgeleistungen an anerkannten Kurorten

vorsehen können, erweitert den Handlungsspielraum der Krankenkassen. Da bei medizinischer Vorsorgeleistung kein Anspruch auf Entgeltersatzleistungen während der Maßnahme besteht und der Versicherte selbst für Kost und Logis einschließlich der Fahrkosten zuständig ist, wird durch die Anhebung der Zuzahlungsmöglichkeit der Krankenkasse auf bis zu 16 Euro (über Satzung regelbar) für Erwachsene keine gesteigerte Inanspruchnahme bei Berufsstätigen erwartet. Allenfalls bei der Gruppe der Rentner und der chronisch kranken Kinder könnte es zu einer leichten Steigerung der Inanspruchnahme durch die Erhöhung der Zuzahlung kommen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Änderung in § 23 Abs. 2 „oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden“.

Nr. 12 § 24 d Hebammenhilfe

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung des Halbsatzes „ein Anspruch auf Hebammenhilfe besteht bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt, weitergehende Leistungen bedürfen der ärztlichen Anordnung“ soll der geregelte Anspruch auf Hebammenhilfe im Hinblick auf seine Dauer gesetzlich konkretisiert werden. Die bestehenden vertraglichen Kontingentierungen sollen beibehalten werden.

B Stellungnahme

Die geplante Neuregelung bedeutet eine Einschränkung der jetzigen Versorgung mit Hebammenhilfe: Damit würden Hebammenleistungen, die bereits jetzt vertraglich noch nach der 12. Woche nach der Geburt stattfinden können, wie zum Beispiel Rückbildungsgymnastik in der Gruppe (bis zu 10 Stunden á 60 Minuten) sowie Anspruch auf Beratung bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings (bis zu 8 Leistungen), immer eine ärztliche Anordnung benötigen. Aktuell ist die Leistung der Wochenbettgymnastik bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt möglich. Die Beratung bei Stillschwierigkeiten ist bis zum Ende der Abstillphase oder bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt möglich. Mit den anfallenden ärztlichen Anordnungen aufgrund der geplanten Gesetzesanpassung für die oben aufgeführten Leistungen werden die monetären und personellen Kapazitäten im ärztlichen Sektor zusätzlich belastet. Bei nicht ärztlicher Indikation und somit fehlender Anordnung durch den Arzt geht die Regelung mit einem Rückgang des Leistungsangebotes der Hebammen für die Versicherten einher.

Sollte mit dem Begriff der „Hebammenhilfe“ in der Neuregelung nur die „Wochenbettbetreuung“ gemeint gewesen sein, wird diese Ausweitung der Wochenbettbetreuung von acht auf 12 Wochen aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ebenfalls abgelehnt.

Aufgrund der Grundsatzregelungen zur Schwangerschaft bzw. Mutterschaft in § 24 SGB V (früher § 196 RVO) können (nur) Leistungen beansprucht werden, die nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft in finaler Sicht erforderlich sind, um Gesundheitsrisiken zu mindern, die typischerweise mit Schwangerschaft und Geburt verbunden sind und um im Einzelfall sich abzeichnende Gesundheitsstörungen (Krankheiten) gar nicht erst eintreten zu lassen (Meyer, in Peters, KV (SGB V) § 196 RVO Rdnr. 6).

Der Begriff „nach der Entbindung“ in § 24d SGB V setzt einen zeitlichen und kausalen Zusammenhang mit der Entbindung voraus. Der in den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen (Abschluss-) Untersuchung nach acht Wochen dürfte der Erfahrungssatz zugrunde liegen, dass der besondere Zeitraum „nach der Entbindung“ im Regelfall nach acht Wochen beendet ist. Die medizinische, hebammenhilfliche und pflegerische Versorgung von Mutter und Kind im Sinne der SGB V Vorschriften sind damit abgeschlossen. Auf ähnlichen Überlegungen wird auch die Regelung in § 6 Mutterschutzgesetz beruhen.

Diese zeitliche Grenze ist allerdings nicht absolut. Ein späteres Ende des Berechtigungszeitraums „nach der Entbindung“ kann aber nur dann angenommen werden, wenn noch ein ursächlicher Zusammenhang mit Gesundheitsrisiken besteht, die typi-

scherweise mit der Schwangerschaft bzw. Entbindung zusammenhängen. Dem trägt der Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V Rechnung, indem bestimmte Leistungen, bei denen ein solcher Zusammenhang anzunehmen ist, auch nach Ablauf von acht Wochen erbracht und abgerechnet werden können (Rückbildungsgymnastik und Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten/Ernährungsproblemen). Für atypische Sachverhalte, die z. B. auch nach acht Wochen noch Wochenbettbesuche erforderlich machen, ist zudem die Möglichkeit einer Leistungserbringung aufgrund ärztlicher Verordnung vorgesehen. Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass dem Hebammengesetz zufolge pathologische Versorgungen in die Hände von Ärzten gehören. Zudem sieht der Vertrag nach § 134a SGB V für die nicht pathologischen Wochenbettbetreuungen in den ersten acht Wochen bereits seit dem Jahr 2010 bis zu 36 Betreuungen vor (bis 2010 waren bis zu 26 Betreuungen festgelegt). Die gestiegene Anzahl der Wochenbettbetreuungen ergibt sich vor allen Dingen daraus, dass in den ersten 10 Tagen nach der Geburt mehr als eine Wochenbettbetreuung am Tag stattfinden kann. Dies trägt insbesondere der immer früheren Entlassung aus der Klinik Rechnung und sorgt so für eine sinnvolle Versorgung der Wöchnerin.

Die von den Hebammen erbrachten Leistungen nach der achten Woche sind keine Leistungen nach dem SGB V im o.g. Sinne, sondern vielmehr sekundär- und/oder tertiärpräventive Leistungen. Denn diese Leistungen (Vermeidung einer chronischen sozialen Störung bei dem Kind bzw. Kindesvernachlässigung durch psychosoziale/sozialpädagogische und lebenspraktische Tätigkeiten, familienbezogene Beratungs- und Vermittlungshilfe, psychosoziale, lebenspraktische und sozialpädagogische Hilfe) sind keine originären Aufgaben von Hebammen nach der SGB V. Diese Aufgaben sind genuine Aufgaben der öffentlichen Hand im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) und sind nach dem Kinderschutzgesetz, das Ende des Jahres 2011 in Kraft getreten ist, erheblich ausgeweitet worden. Die hierin vorgesehene Familienhebamme/Kinderschutzfachkraft sollte gerade diese Leistungen dann den schutzbedürftigen Müttern und Neugeborenen zukommen lassen.

Ergeben sich soziale Probleme in den Familien im Wochenbett und danach, ist dies Aufgabe von entsprechend ausgebildeten Familienhebammen, die betroffenen Familien weitergehend zu unterstützen und zu betreuen. Leistungsträger hierfür sind die Kommunen bzw. Sozialämter. Notwendig ist daher eine Abgrenzung der Leistungen der Hebammen nach SGB V sowie Familienhebammen nach SGB VIII. Zudem legt die Ausweitung der Wochenbettbetreuung die Vermutung nahe, dass - zur Teil-Entlastung der Länder bei der Finanzierung der (Familien-)Hebammen – künftig die Kosten von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden sollen. Wenn dies so wäre, würde das Netzwerk Frühe Hilfen eine Chance aus der Hand geben, so früh wie möglich eine speziell ausgebildete Familienhebamme dort einzusetzen, wo der Bedarf konkret besteht und eben nicht riskieren, dass die speziell benötigte Hebammenhilfe bei den Familien, die diese tatsächlich benötigen, gerade nicht ankommt.

Modellprojekte in Rheinland-Pfalz und Bayern, die die Ausweitung auf 6 Monate prüfen sollten, haben deutlich gemacht, dass diese Form des Angebotes keine signifikanten Verbesserungen für die Betroffenen ergaben. Sozial bedingte Problemlagen können nicht durch die GKV gelöst werden. Es zeigt sich u.a. sogar, dass die besonders belasteten Familien erwartungswidrig nicht mehr Hebammenleistungen in Anspruch nehmen als die unbelasteten Familien. Auch zeigt sich, dass entgegen den Erwartungen sich das Ernährungsverhalten der Mütter in der Vergleichsgruppe ohne Verlängerung des Wochenbetts positiv gegenüber der Vergleichsgruppe mit verlängertem Wochenbett zwischen den Messzeitpunkten hin zu einer gesünderen Ernährung veränderte. Dafür haben die Kinder in der Vergleichsgruppe mit verlängertem Wochenbett mehr Impfungen erhalten.

Eine generelle Ausweitung der Hebammenhilfe bringt keinen nachweisbaren Nutzen, da vor allem Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf eine andere Form der Begleitung benötigen, die nicht den Leistungsauftrag der GKV umfasst.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung.

Nr. 14 § 25 Gesundheitsuntersuchungen

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 25 sollen die Gesundheitsuntersuchungen hinsichtlich einer alters-, geschlechts- und zielgruppenspezifischen Gesundheitsuntersuchung weiterentwickelt werden und nun auch eine Präventionsempfehlung umfassen. Während bislang der G-BA für Untergruppen abweichende Altersgrenzen und Untersuchungsfrequenzen festlegen konnte, werden die gesetzlichen Vorgaben aufgehoben und dem G-BA die Ausgestaltung übertragen.

In Absatz 3 wird zu der Voraussetzung, dass die Erkrankung wirksam behandelt werden kann, die Möglichkeit der Prävention ergänzt. Die Ausgestaltung wird dem G-BA übertragen, der hierfür 12 Monate Zeit hat.

B Stellungnahme

Eine Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zeigt, dass in allen Altersgruppen mehr als 80% der Versicherten mindestens einmal pro Jahr beim Vertragsarzt sind. Die niedrigsten Quoten (zwischen 80% und 85%) bestehen in der Altersgruppe zwischen 26 und 56 Jahren. Patienten über 74 Jahre sind sogar zu mehr als 80% in allen 4 Quartalen mindestens einmal beim Vertragsarzt. Die Inanspruchnahme der Checkup-Untersuchungen ist vergleichsweise gering, nur etwa 15-20% der unter 55-jährigen Männer und 25-30% der unter 55-jährigen Frauen nehmen die Gesundheitsuntersuchung alle 2 Jahre wahr, die höchsten Teilnahmequoten sieht man bei den 65-85-jährigen, hier beträgt die Rate 35-40%. Eine Teilnahme alle 4 Jahre wird bei 45-70% der Anspruchsberechtigten beobachtet.

Dass die Versicherten trotz regelmäßiger Arztkontakte nur zu einem kleinen Teil die angebotenen Gesundheitsuntersuchungen in den vorgesehenen Intervallen wahrnehmen, weist auf eine schlechte Akzeptanz der Gesundheitsuntersuchungen bei Ärzten und Versicherten hin. Daher sollte die Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchungen auf einer evidenzbasierten Nutzenbewertung der Inhalte der Gesundheitsuntersuchungen basieren. Weiterhin sollte der nachgewiesene Nutzen in § 25 Abs.3 als Voraussetzung aufgeführt werden. Zum Beispiel sollte der Nutzen einer Früherkennungsuntersuchung in Verbindung mit einer Therapie oder Präventionsmaßnahme belegt sein. Wenn der medizinische oder bevölkerungsbezogene Nutzen nicht ausreichend belegt ist, so genügt es nicht, wenn der G-BA eine Erprobung lediglich beschließen kann.

Die in der Begründung wiedergegebene Einschätzung, dass der G-BA die Früherkennungsuntersuchung kostenneutral ausgestalten kann, ist unseriös, wenn gleichzeitig im Gesetzestext und in der Begründung erhebliche Ausweitungen vorgegeben werden. Daher sollte der Gesetzgeber eine klare gesetzliche Regelung zu einer kostenneutralen Umsetzung vorgeben oder aber eine realistische Kostenabschätzung der von ihm vorgegebenen Erweiterungen vornehmen.

C Änderungsvorschlag

In § 25 Abs. 3 wird folgende Nummer 4 angefügt:

„der medizinische oder bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist.“

Satz 2 wird geändert:
Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen über eine Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 fest, dass notwendige Erkenntnisse gemäß Absatz 3 Nummer 4 fehlen, soll er eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung beschließen.

Nr. 15 § 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche wird die Altersgrenze für die Ausgestaltung von Früherkennungsuntersuchungen auf 18 Jahre angehoben. Ferner werden die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche um die Erfassung von gesundheitlichen Risiken und eine Präventionsberatung ergänzt, sowie ggf. eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach §20 Abs. 5, die sich an das Kind oder die Sorgeberechtigten richten kann und die laut Gesetzesbegründung von den Krankenkassen bei ihrer Leistungsentscheidung zu berücksichtigen ist. In der Begründung wird auf die Notwendigkeit einer weiteren Kinderuntersuchung mit 9 Jahren hingewiesen, wobei der G-BA weitere Studien für seine Bewertung heranziehen kann. Die Ausgestaltung obliegt dem G-BA, dem hierfür eine Frist von 12 Monaten eingeräumt wird.

B Stellungnahme

Die Aufhebung der Altersgrenze von 16 auf 18 Jahre ist sinnvoll, um dem G-BA die Möglichkeit zu geben, die Früherkennung von Kindern und Jugendlichen anhand der vorhandenen Evidenz auszugestalten.

Individuelle Präventionsempfehlungen bei festgestellten präventablen Gesundheitsrisiken greifen in der Regel zu kurz. Viel wirksamer sind Settingansätze in Kindergärten, Schulen und Stadtteilen, für die sich die Krankenkassen schon erheblich engagieren, die auch von den Politikbereichen in ihrer Zuständigkeit stärker in den Fokus genommen werden müssen.

Für die Neuaufnahme weiterer Kinder- und Jugenduntersuchungen muss der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen sein.

C Änderungsvorschlag

Ergänzung § 26 Abs. 2 Satz 2: „Die Aufnahme von Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 Satz 1 setzt voraus, dass der medizinische oder bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist“.

Nr. 16 § 65a Abs. 1 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Bisher liegt es im Ermessen der Krankenkassen, Bonusangebote für gesundheitsbewusstes Verhalten für Versicherte (§ 65a Abs. 1 SGB V) zu offerieren. Die bisherige „Kann-Regelung“ soll nunmehr in eine „Soll-Regelung“ mit der Folge überführt werden, dass die Krankenkassen künftig grundsätzlich verpflichtet werden, Bonusangebote vorzuhalten.

b) Art und Umfang der zur Bonifizierung zur Verfügung stehenden Maßnahmen werden eingeschränkt. Es sind nur Leistungen der Krankenkasse zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V und Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 (Gesundheitsuntersuchungen) und 26 SGB V (Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche) bonifizierbar. Dabei ist zu berücksichtigen, dass verhaltensbezogene Präventionsleistungen nach § 20 Abs. 5 SGB V einer Zertifizierung bedürfen und die Anforderungen zur Zertifizierung vom GKV-SV bestimmt werden.

c) Die Neuregelung des § 65a Abs. 1 SGB V soll am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft treten.

B Stellungnahme

a) Die Überführung in eine „Soll-Regelung“ wird abgelehnt. Es sollte im Ermessen der Krankenkassen bleiben, ob und welche Bonusangebote sie vorhalten möchten.

b) Die vorgesehene Eingrenzung der Bonifizierbarkeit für Angebote nach § 65a Abs. 1 SGB V auf zertifizierte Maßnahmen nach § 20 Abs. 5 SGB V und §§ 25 und 26 SGB V schränkt die Möglichkeit, Versicherte für Gesundheitsangebote zu erreichen und zu gewinnen, massiv ein. Ziel der Gesundheitsbonusangebote sollte es sein, insbesondere solche Versicherte zu motivieren, die bisher keinen oder nur einen geringen Bezug zu gesundheitsbewusstem Verhalten haben. Hierfür braucht es attraktive und flexible Angebote. Das trifft in besonderem Maße auf Jugendliche und junge Erwachsene zu. Diese werden von den zur Bonifizierung vorgesehenen Maßnahmen nach den §§ 25 und 26 bzw. den zertifizierten Leistungen nach § 20 Abs. 5 SGB V schon aufgrund der für ihre Lebensspanne nicht vorgesehenen Angebote gerade nicht angesprochen.

Attraktive Gesundheitsbonusangebote, die der Zielsetzung einer Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens gerecht werden wollen, benötigen wie bisher attraktive und zur Bonifizierung bereitstehende Gesundheitsförderungsmaßnahmen, wie zum Beispiel:

- Allgemeine, auch niedrigschwellige Angebote zur Verhaltensprävention, wie z.B. die aktive individuelle Gesundheitsförderung in Sportvereinen. Der Gesetzgeber selbst verweist in § 25 Abs. 1 SGB V (neu) auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen sowie auf die Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung. Es ist nicht nachvollziehbar, warum solche - vom Versicherten selbst finan-

zierte - Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention als bonifizierungsfähige Maßnahmen nur dann eingebunden werden können, wenn diese zusätzlich das Zertifizierungsverfahren nach § 20 Abs. 5 SGB V durchlaufen haben. Es ist zudem auch im Interesse der Solidargemeinschaft wirtschaftlich unsinnig, nur kassenfinanzierte Leistungen als bonifizierbare Maßnahmen zu berücksichtigen. Mit dem „Zertifizierungsvorbehalt" würden zusätzliche bürokratische Hürden ohne inhaltlichen Mehrwert aufgebaut.

- Schutzimpfungen
  Schutzimpfungen werden in § 20d SGB V bzw. § 20i SGB V (neu) zwar als primäre Präventionsmaßnahmen bewertet, sie gehören gleichwohl nicht zu den in § 65a SGB V (neu) genannten bonifizierungsfähigen Maßnahmen. Es erschließt sich nicht, warum die Teilnahme an Impfungen nicht mehr bonifizierungsfähig sein soll.

- Verhütung von Zahnerkrankungen
  Mit den Gesundheitsbonusangeboten sollte das Ziel verfolgt werden, gesundheitsbewusstes Verhalten umfassend zu fördern. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum die Teilnahme an Zahnvorsorgeuntersuchungen nicht mehr bonifizierungsfähig sein soll.

c) Die Neuregelung des § 65a SGB V soll nach Artikel 12 am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft treten. Diese Inkrafttretensregelung kollidiert sowohl mit den rechtlichen Rahmenbedingungen als auch mit den faktischen Umsetzungserfordernissen. Zum einen ist zu berücksichtigen, dass die in Artikel 2 geregelte Neufassung des § 20 Abs. 5 Satz 1 SGB V (Zertifizierung von verhaltensbezogenen Präventionsleistungen) erst zum 01.01.2016 in Kraft tritt, da der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zunächst die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen bestimmen muss. Erst auf dieser Basis können die Krankenkassen festlegen, welche verhaltensbezogenen Präventionsleistungen im Rahmen der Gesundheitsbonusangebote nach § 65a Abs. 1 SGB V berücksichtigt werden können.

Zum anderen müssen die noch laufenden Angebote zunächst durch die neu zu entwickelnden Gesundheitsbonusangebote nach § 65a SGB V ersetzt werden. Im AOK-System sind allein in Bonusprogramme nach § 65a SGB V rund 1,3 Millionen Versicherte eingeschrieben. Diese müssen rechtzeitig über die Veränderungen informiert und mit einem neuen, aktuellen Bonusscheckheft mit den künftig bonifizierbaren Maßnahmen versorgt werden. Sollte die vorgesehene Eingrenzung der Bonifizierbarkeit von Angeboten nach § 65a Abs. 1 SGB V auf zertifizierte Maßnahmen nach § 20 Abs. 5 SGB V und Leistungen nach §§ 25 und 26 SGB V beibehalten werden, kann die Anpassung der Bonusangebote nach § 65a SGB V unter Berücksichtigung der damit verbundenen Umsetzungsprozesse (Umstellung der Bonusangebote, Versicherteninformation, Versorgung mit neuen Bonusscheckheften etc.) nicht vor dem 01.01.2017 erfolgen.

d) Nach den derzeitigen gesetzlichen Regelungen haben die Krankenkassen mindestens alle drei Jahre nachzuweisen, dass die Boni durch erzielte Einsparungen finanziert werden. Diese Bewertung der Bonusangebote an kurzfristigen wirtschaftlichen Effekten ist weder sachgerecht noch zielführend. Im Vordergrund müssen vielmehr die bewirkten Verhaltensänderungen stehen, wie etwa die Steigerung der Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen oder Impfungen. Diese führen zu langfristigen Gesundheitseffekten und einer erhöhten Lebensqualität.

Selbst im vorliegenden Kabinettsentwurf wird mehrfach ausgeführt, dass den durch das Präventionsgesetz bedingten Mehrausgaben erhebliche Einsparungen gegenüberstehen, sich diese aber mittel- und langfristig ergeben und daher nicht zu beziffern sind. Bei diesem Verständnis leuchtet es nicht ein, warum die Krankenkassen bereits nach drei Jahren finanzielle Einsparungen bei Gesundheitsbonusangeboten nachweisen müssen. Eine Anpassung des § 65a Abs. 3 SGB V ist erforderlich.

C Änderungsvorschlag

§ 65a Abs. 1 wird wie folgt geändert:
„Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten in Anspruch nehmen oder an qualitätsgesicherten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention teilnehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 gesenkten Belastungsgrenze zu gewähren ist.“

§ 65a Abs. 3 wird wie folgt geändert:
„Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, über die durch die Maßnahmen nach Absatz 1 erzielten Verhaltensänderungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen.“

Sofern an den beabsichtigten Neuregelungen festgehalten wird, ist Artikel 12 um folgenden Absatz 3 zu ergänzen:
„Die Neufassung des § 65a Absatz 1 SGB V tritt am 01.01.2017 in Kraft.“

Nr. 16 § 65a Abs. 2 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige „Kann-Regelung“ zum Angebot von Bonussystemen bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung soll in eine „Soll-Regelung“ überführt werden.

B Stellungnahme

Die Überführung in eine „Soll-Regelung“ wird abgelehnt. Es sollte im Ermessen der Krankenkassen bleiben, ob sie im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung Bonusangebote vorhalten möchten.

Stattdessen sollten die Handlungsmöglichkeiten für Krankenkassen gestärkt und ausgebaut werden. So sollte den Krankenkassen die Option eröffnet werden, für Arbeitgeber und die Beschäftigten in Unternehmen bedarfsorientierte Angebotskonzepte mit dem Ziel zu unterbreiten, insbesondere gesundheitsfördernde Angebote und Präventionsmaßnahmen zu bündeln. Mit dem Instrument der Gruppenangebote können Präventionsmaßnahmen zielgruppenspezifisch und in einem zwischen Arbeitgeber und Krankenkassen koordinierten Verfahren umgesetzt werden. Der Erfüllungsaufwand für diese Präventionsmaßnahmen kann im Vergleich zum bisherigen Verfahren sinken, sobald eine hinreichend große Beschäftigtenzahl eines Unternehmens an einem Gruppenangebot teilnimmt. Auf die entsprechenden Ansätze im Rahmen des Entwurfs eines Gesetzes zur Förderung der Prävention im Jahr 2013 wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

§ 65a Absatz 2 SGB V in seiner bisherigen Fassung wird um folgenden Satz 2 ergänzt:

„Die Krankenkassen und Arbeitgeber können einzeln oder in Kooperation Gruppenangebote abschließen. Bestandteile der Gruppenangebote können insbesondere Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten, Maßnahmen zur primären Verhaltensprävention und koordinierte Beratungs- und Betreuungsangebote sein. Ein weiterer Bestandteil der Gruppenangebote kann die Vermittlung von Zusatzversicherungstarifen an Beschäftigtengruppen in analoger Anwendung des § 194 Abs. 1a SGB V und des § 47 Abs. 2 SGB XI sein.“

Nr. 18 § 132e Versorgung mit Schutzimpfung

A Beabsichtigte Neuregelung

Ausweitung der Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i (neu) SGB V durch Öffnungsklausel für Verträge von Krankenkassen mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder Ärzten, die über die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ verfügen oder deren Gemeinschaften.

B Stellungnahme

Grundsätzlich sind Bestrebungen zur Steigerung der Durchimpfungsraten und damit zum Schließen von Impflücken zu begrüßen, sie entsprechen der Intention der GKV. Die vorgeschlagene Regelung ist jedoch nicht notwendig und daher abzulehnen. Denn bereits jetzt werden dort, wo es sinnvoll erscheint, nach § 132e SGB V Betriebsärzte in die Versorgung von GKV-Versicherten mit Impfungen einbezogen und dem Betrieb die Impfstoffkosten erstattet. Eine regelhafte Ausweitung in der vorgeschlagenen Form ist jedoch allein schon aus organisatorischen Gründen abzulehnen: Denn damit erhielte im Gegensatz zu den im § 132f vorgesehenen Regelungen jeder einzelne Betriebsarzt einen – schiedsfähigen – Anspruch auf einen Vertrag mit einer Krankenkasse. Damit dürfte allein die verwaltungstechnische Implementierung entsprechender Verträge aufgrund der großen Zahl an Leistungserbringern die Krankenkassen für eine lange Zeit lahmlegen. Im Hinblick auf die zum Teil kleinstteilige Struktur der Leistungserbringer und den zu erwartenden begrenzten Nutzen der Maßnahme, erscheint dies daher in keiner Weise adäquat. Zudem birgt die Regelung das Risiko von erheblicher Unwirtschaftlichkeit.

Soweit der Gesetzgeber jedoch an der vorgeschlagenen Regelung festhalten will, wären zur Vermeidung von Unwirtschaftlichkeiten über die vorgeschlagenen Regelungen hinausgehend Konkretisierungen und Ergänzungen notwendig: Denn auch wenn Betriebsärzte keine Vertragsärzte im engeren Sinne darstellen, müssen die Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung v.a. im Hinblick auf die Qualität wie auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung für sie gleichermaßen gelten:

- Die impfenden Ärzte müssen in Kenntnis der Inhalte der geltenden Richtlinien (v.a. Schutzimpfungs-Richtlinie des GBA) sein und diese verbindlich anwenden; Impfungen von Nicht-GKV-Versicherten, Reiseimpfungen, wie auch durch den Arbeitgeber zu übernehmende Impfungen, müssen sicher und prüfbar von der GKV- sowie Satzungsleistung abgetrennt werden.
- Für eine wirtschaftliche Leistungserbringung ist sicherzustellen, dass die Kosten nicht höher sein dürfen als in der vertragsärztlichen Versorgung. Eine Einbeziehung der Betriebsärzte in die bestehenden Regelungen bzw. eine Übertragung der bestehenden Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung erscheint hingegen nicht sinnvoll. Denn beim Impfstoffbezug wäre zur Verwurfsvermeidung ein wirtschaftlicher Sammelbezug von Impfstoffen orientiert am zu erwartenden Bedarf zu realisieren; dies dürfte v.a. bei den Betriebsärzten mittelständischer Unternehmen mit oftmals nur kurzen Vor-Ort-Zeiten und damit ggf. niedriger Impfquote nur schwer umzusetzen sein. Eine regelhafte patien-

tenbezogene Verordnung auf Muster 16 ist jedoch aus verschiedenen Gründen auch abzulehnen: Denn dies wäre aufgrund der Geltung der AMPreisV gegenüber einem Sammelbezug unwirtschaftlich. Es setzt zudem auch den Aufbau der entsprechenden Logistik der vertragsärztlichen Versorgung voraus (u.a. Kenntnis und Vorrätighalten der Vordrucke, Anwendung der Richtlinie der KBV nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe von Arzt-/Betriebsstättennummer) und würde für die Versicherten einen doppelten Gang zum Betriebsarzt bedeuten und damit den erhofften Vorteil der Niederschwelligkeit der neuen Leistung zunichtemachen.

- Die Verordnungen müssen einer Prüfung auf Wirtschaftlichkeit analog § 106 SGB V unterliegen. Ebenso sind in den Verträgen Regelungen bei Verordnungen außerhalb des Leistungskataloges bzw. von Satzungsleistungen analog den Bestimmungen des Bundesmantelvertrags Ärzte zwingend zu vereinbaren.
- Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und sicheren Versorgung und zur Vermeidung von Doppelimpfungen ist es erforderlich, die vorgenommene Impfung im Impfausweis zu dokumentieren und die Information an den zuständigen Hausarzt zu übermitteln. Letzter Punkt kann im Falle einer Speicherung auf der elektronischen Gesundheitskarte entfallen. Dies setzt voraus, dass der Betriebsarzt über ein entsprechendes Lesegerät verfügt.
- Für die Abrechnung der Leistung mit der Krankenkasse sind Angaben zum geimpften Versicherten notwendig; hierzu ist es sinnhaft, dass die Werks-/Betriebsärzte die Daten der Versichertenkarte verwenden.

C Änderungsvorschlag

§ 132e Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:
In Verträgen mit Leistungserbringern außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung kann vereinbart werden, dass eine Erstattung der Kosten für verimpfte Impfstoffe erfolgt, soweit dies nicht zu Mehrkosten für die Krankenkasse führt; § 106 gilt entsprechend. Der impfende Arzt hat ergänzend zur Impfdokumentation dem Hausarzt die vorgenommenen Impfungen mitzuteilen. Für die Abrechnung gilt § 300 entsprechend.

Nr. 19 § 132f Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte

A Beabsichtigte Neuregelung

Im § 132f SGB V wird eine „Kann-Regelung“ für Krankenkassen geschaffen, Verträge mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder Ärzten, die über die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ verfügen oder deren Gemeinschaften zur Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V zu schließen, sofern diese in Ergänzung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge erbracht werden.

B Stellungnahme

Die Einführung des § 132f SGB V ist sinnvoll. Sie verknüpft arbeitsmedizinische Vorsorge mit anderen im § 25 (neu) SGB V genannten Gesundheitsuntersuchungen und der daraus folgenden präventionsorientierten Beratung. Dabei handelt es sich um eine Kann-Regelung: Die Krankenkassen können somit solche Verträge abschließen, müssen aber nicht, was ihren wettbewerblichen Spielraum erhöht. Da die Gesundheitsuntersuchungen nach der Kommentierung „in Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung“ erbracht werden können, gilt auch hier der Grundsatz, dass die durchführenden Ärzte keine Vertragsärzte sein müssen. Durch die Bindung an die G-BA-Richtlinien wird jedoch das gleiche Qualitätsniveau wie in der vertragsärztlichen Versorgung sichergestellt, das durch die Vertragspartner nicht unterschritten werden darf. Die Regelung soll erwerbstätigen Versicherten einen niederschwelligeren Zugang zu Gesundheitsuntersuchungen ermöglichen und damit auch den Personenkreis erweitern, der dieses Präventionsangebot in Anspruch nimmt.

Die finanziellen Auswirkungen der Regelung hängen allerdings nicht nur von der Zahl an Krankenkassen oder deren Verbände ab, die von der Öffnungsklausel Gebrauch machen und mit nach diesem Paragraphen geeigneten Ärzten Verträge schließen. Die finanziellen Auswirkungen spiegeln nur insoweit die gewollte Ausweitung des Gesundheitsuntersuchungen in Anspruch nehmenden Personenkreises wider, als Wege gefunden werden, Doppeluntersuchungen – und folglich auch Doppelzahlungen seitens der Kassen – sowohl im betrieblichen Rahmen als auch im vertragsärztlichen Bereich zu vermeiden. Auch wird kritisch gesehen, dass nicht geregelt wird, wie denn die Übermittlung positiver Untersuchungsergebnisse an den weiterbetreuenden vertragsärztlichen (Hausarzt- und/oder Facharzt-)Bereich sichergestellt wird; ein Versicherter ist bei einem solchen Befund ggf. erstmal noch stärker betroffen und auf sich allein gestellt als wenn die Untersuchung gleich im vertragsärztlichen Bereich durchgeführt worden wäre.

C Änderungsvorschlag

In § 132f wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„; dabei ist in den Verträgen insbesondere zu regeln, wie im Bedarfsfall die Kommunikation zwischen Betriebs- und Vertragsärzten, insbesondere dem Hausarzt des Versicherten, unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen sichergestellt wird.“

Nr. 20 § 140 f Patientenbeteiligung

A Beabsichtigte Neuregelung

In der nationalen Präventionskonferenz sind maßgebliche Organisationen, die die Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen vertreten, zu beteiligen.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist es zur Ausgestaltung zielgenauer Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention wichtig, die Menschen zu beteiligen, die von den Angeboten profitieren sollen. Der Bezug zu § 140 f ist hinsichtlich der erwünschten Wirkung des Gesetzes, die Lebenslagen statt dem Krankheitsbezug in den Blick zu nehmen, zu überprüfen. Es muss sichergestellt werden, dass die erforderlichen Zielgruppen auf der Basis der Themenschwerpunkte einzubinden sind. Die Verkürzung der Betrachtung des Krankheitsgeschehens birgt die Gefahr, die eigentlichen krank machenden Faktoren und den Bezug zu den Lebenswelten sowie zur Verhältnisprävention nicht ausreichend zu berücksichtigen.

C Änderungsvorschlag

Grundsätzlich sollten die Gruppen beteiligt werden, die von den Angeboten profitieren. Es sollte daher themenbezogen entschieden werden, wie die Beteiligung sicherzustellen ist.

Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 20 Absatz 5 Zertifizierung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention

A Beabsichtigte Neuregelung

Verhaltenspräventive Leistungen müssen durch die Krankenkasse oder durch Beauftragung Dritter zertifiziert sein.

B Stellungnahme

Die Möglichkeit der Zertifizierung von verhaltenspräventiven Angeboten durch die Krankenkassen oder durch beauftragte Dritte wird begrüßt und ist seit Jahren gängige Praxis der Krankenkassen. Um Prüfprozesse unbürokratischer und effizienter gestalten zu können sollte es den Krankenkassen ermöglicht werden zur Auftragsdatenverarbeitung Arbeitsgemeinschaften und Kooperationen bilden zu können.

C Änderungsvorschlag

Ergänzung des § 20 (5) neu um den Satz: Zur Beauftragung Dritter können die Krankenkassen Kooperationen bzw. Arbeitsgemeinschaften gründen.

Nr. 2 § 20a Absatz 2 Satz 3 Vergütung Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

A Beabsichtigte Neuregelung

Für die Beauftragung der BZgA zur Entwicklung, Initiierung und Evaluation kassenübergreifender Leistungen in Lebenswelten ist eine Pauschale von mindestens einem Viertel der Ausgaben in den Lebenswelten (2 € /2016 = ca. 35 Mio. €) aufzuwenden. Die Vergütung erfolgt quartalsweise und ist jährlich mit der Entwicklung der Bezugsgröße anzuheben.

B Stellungnahme

Obwohl der Gesetzgeber alle Sozialversicherungsträger einbinden will, soll die BZgA nur für die GKV tätig werden, die sie zu diesem Zweck auch alleine zu finanzieren hat. Schon daraus ergeben sich finanzverfassungsrechtliche Bedenken, da es keinen Rechts- oder Sachgrund dafür gibt, die eigenverantwortliche Aufgabenwahrnehmung der Selbstverwaltung einzuschränken und stattdessen per gesetzlicher Anordnung eine Bundesbehörde zu beauftragen und aus Mitteln der Sozialversicherung zu finanzieren. Vom Grundgesetz sind dem Bund keine konkreten Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsförderung zugewiesen. Damit wird der Zusammenhang zwischen Aufgaben- und Ausgabenverantwortung, der dem Gebot der Trennung von Sozialversicherungsaufkommen und Staatshaushalt zugrunde liegt, in rechtswidriger Weise aufgelöst.

Außerdem geht der Ansatz, Leistungen nur für die GKV zu entwickeln, auch an der Intention des Gesetzes vorbei, alle Sozialversicherungsträger und die Verantwortlichen in den Lebenswelten einzubeziehen. Gemeinsame Ansätze sind gemeinsam zu finanzieren.

Es bedarf keiner Neuentwicklung von Leistungen der Krankenkassen. Sie haben bereits erfolgreiche Maßnahmen in den verschiedenen Settings entwickelt. Aufgabe ist, diese zu sichten, zu verbreitern und mit anderen Angeboten zu vernetzen. Das ist allerdings eine Aufgabe auf der regionalen Ebene, da die Maßnahmen auf die jeweiligen Lebenswelten mit ihren unterschiedlichen Anforderungen zugeschnitten werden müssen.

Zentrale Fragestellungen zur Qualitätssicherung und Evaluation sowie Vergleichbarkeit von Daten der Gesundheitsberichterstattung und des Berichtswesens sowie Fragen der Präventionsforschung zum Nutzen einzelner Ansätze müssen auf der Ebene der nationalen Präventionskonferenz bearbeitet werden.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung.

Nr. 3 a) § 20b Absatz 1 Satz 2 Zertifizierung individualpräventiver Angebote in Betrieben

A Beabsichtigte Neuregelung

Für im Rahmen der Gesundheitsförderung in Betrieben erbrachte Leistungen zur individuellen, verhaltensbezogenen Prävention gilt § 20 Absatz (5) Satz 1 entsprechend. Die verhaltenspräventiven Angebote im Betrieb müssen von einer Krankenkasse oder von einem mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Dritten in ihrem Namen zertifiziert sein.

B Stellungnahme

Eine Zertifizierung von verhaltenspräventiven Angeboten in der betrieblichen Gesundheitsförderung erfüllt die Qualitätsansprüche gesundheitsförderlicher Maßnahmen und ist zu begrüßen. Wichtig ist, dass verhaltenspräventive Angebote immer in ein betriebliches Gesundheitsmanagement eingebettet sein sollten. Die Kombination von verhaltens- und verhältnispräventiven Angeboten entfaltet die größte Wirksamkeit, orientiert sich am Bedarf und erreicht sozial Benachteiligte im Betrieb.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 3 b) § 20b Absatz 3 Regionale Koordinierungsstellen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollen unter Einbindung örtlicher Unternehmensorganisationen regionale Koordinierungsstellen einrichten, die Betriebe bei der Umsetzung von BGF-Maßnahmen beraten und unterstützen sollen. Dazu schließen sie Kooperationsvereinbarungen, die Aufgaben, Arbeitsweise und Finanzierung regeln. Dabei sollen regionale Strukturen genutzt werden.

B Stellungnahme

Mit der Zusammenarbeit kann die Information, Beratung und Unterstützung vor allem kleiner und mittlerer Unternehmen in der BGF verbessert werden. Auf die bereits vorhandenen Kooperationen und Strukturen aufzusetzen, ist eine wichtige Maßnahme, um die vorhandenen Mittel nicht in neue Strukturen, sondern direkt in die BGF zu investieren.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 3 b) § 20b Abs. 4 Betriebliche Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Alle von den Krankenkassen nicht verausgabten Mittel zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden (gemäß § 20 Absatz 6 Satz 2) dem GKV-SV zur Verfügung gestellt. Dieser wird verpflichtet, die Mittel nach einem von ihm festgelegten Schlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu verteilen, die mit örtlichen Unternehmensorganisationen Vereinbarungen zur Zusammenarbeit mit Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung geschlossen haben.

B Stellungnahme

Diese Regelung wird dem Anliegen nicht gerecht, dass möglichst viele Unternehmen für die BGF gewonnen werden sollen. Der Vorschlag, über den GKV-SV Mittel an bestehende Kooperationen umzuleiten, blendet die Gründe für die noch nicht volle Mittelausschöpfung aus. Vielmehr muss doch das Ziel sein, Regionen, die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben, an das Niveau der anderen heranzuführen. Das kann allerdings nur auf Basis konkreter Analysen und der Akteure vor Ort geregelt werden. Deshalb muss das Geld auch in der Region verbleiben. Über die veranlassten Maßnahmen sollte berichtet werden.

C Änderungsvorschlag

Absatz 4 ist wie folgt zu ändern:
Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Beitrag nach § 20 (6) Satz 2 für Leistungen nach Absatz 1, sind die nicht verausgabten Gelder im Folgejahr zusätzlich auszugeben.

Artikel 6 und 7 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 5 und Artikel 7 § 5 Abs. 3 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen sollen kassenübergreifende Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen.

Klargestellt wird, dass die Pflichten der Pflegeeinrichtungen, die pflegerische Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerisch Erkenntnisse zu erbringen sowie eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten, davon unberührt bleibt.

Der GKV-Spitzenverband erhält den Auftrag zur Konkretisierung der Präventionsleistung, indem er unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes die Kriterien für die Präventionsleistung festlegt, insbesondere zu Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und zur Umsetzung/Zielerreichung.

Ab dem Jahr 2016 sollen die Ausgaben der Pflegekassen für Präventionsleistungen einen Betrag von 0,30 Euro für jeden ihrer Versicherten umfassen. Verausgabt eine Pflegekasse den Betrag in einem Jahr nicht, sind diese nicht verausgabten Mittel im Folgejahr an den GKV-Spitzenverband abzuführen. Dieser verteilt die Finanzmittel nach einem von ihm festgelegten Schlüssel auf die Pflegekassen, die Kooperationsverträge zur Durchführung kassenübergreifender Präventionsleistungen geschlossen haben.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist der Ansatz, präventive Maßnahmen ergänzend zu bestehenden Leistungen zu gewähren, - z.B. nach § 87b SGB XI „Betreuung und Aktivierung von pflegebedürftigen Heimbewohnern“ sowie der „Umsetzung der Expertenstandards“ nach § 113a SGB XI und der Pflicht nach § 11 Abs. 1 SGB XI „aktivierende Pflege“ - zu begrüßen. Allerdings sind die einzelnen Vorgaben des geplanten § 5 SGB XI in sich nicht schlüssig und daher in der Praxis nicht umsetzbar. Ob die vorgesehenen Finanzmittel für die Durchführung von Präventionsleistungen in allen rund 13.000 deutschen stationären Pflegeeinrichtungen ausreichen, ist stark zu bezweifeln. Aber auch aufgrund der mangelnden Abgrenzung, z.B. zur aktivierenden Pflege, sind die geplanten Änderungen des § 5 SGB XI abzulehnen.

<u>Zur Finanzierung:</u>
Die Einführung einer neuen Leistung der Pflegekassen zur Prävention führt zu geschätzten jährlichen Mehrausgaben in Höhe von rund 21 Mio. Euro ab dem Jahr 2016 (vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung – Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand, S. 4). Die Leistungen sollen in und zusammen mit den rund 13.000 stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden. Das bedeutet, dass für die rund 13.000 stationä-

ren Pflegeeinrichtungen in Deutschland monatlich ein Betrag von ca. 135 Euro je Einrichtung für Präventionsleistungen zur Verfügung steht. Diese monatlichen 135 Euro reichen allerdings nicht aus, um allen Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen Präventionsleistungen im vollen Umfang gewähren zu können.

Ein zusätzliches Problem liegt in der Mittelerhebung und -zuordnung. Das Finanzvolumen für Präventionsleistungen speist sich aus 30 Cent je Versichertem. Die Zuordnung der Mittel erfolgt allerdings je Pflegebedürftigen in einer stationären Pflegeeinrichtung. Das bedeutet einen klaren Wettbewerbsvorteil für diejenigen Pflegekassen mit wenig Pflegebedürftigen, aber vielen Versicherten. Diese Pflegekassen können in einem ganz anderen Umfang Präventionsleistungen erbringen als Pflegekassen mit einem hohen Anteil an pflegebedürftigen Versicherten.

Zur Leistung:
Im Sozialgesetzbuch XI wird hinsichtlich der Umsetzung von Pflichten zwischen „können“, „sollen“ und „müssen“ unterschieden. Die Pflegekassen „sollen“ lediglich Präventionsleistungen erbringen, eine eindeutige Verpflichtung für alle Pflegekassen besteht durch das Wort „sollen“ allerdings nicht. Durch die fehlende gesetzliche Verpflichtung kann nicht sichergestellt werden, dass von allen Pflegekassen kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbracht werden.

In Absatz 1 sind 3 gesetzliche Vorgaben enthalten:

1. Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen erbringen.
2. Unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtungen sind Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln sowie deren Umsetzung zu unterstützen.
3. Der GKV-Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes die Kriterien für die Präventionsleistung fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Zielen.

Unklar ist nun, in welcher Reihenfolge der Gesetzgeber die genannten Vorgaben plant und wie diese ineinandergreifen sollen. Wird unterstellt, dass der Gesetzgeber eine kassenübergreifende Präventionsleistung wünscht (vgl. § 5 Abs. 3), sind die Punkte 1 und 3 eindeutig. Dem steht jedoch Punkt 2 entgegen, der eher eine individuelle – mit dem Versicherten und der konkreten Pflegeeinrichtung abgestimmte - Leistungsdefinition statt einer kassenübergreifenden schematisch festgelegten Leistungsdefinition vorsieht. Oder ist eine Reihenfolge von 2,3,1 geplant. D.h. in einem ersten Schritt werden regionale Arbeitsgemeinschaften gebildet und die unter Punkt 2 geplanten Vorschläge werden unter Beteiligung von Pflegebedürftigen, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen erarbeitet. In einem zweiten Schritt sind diese Vorschläge an den GKV-Spitzenverband weiterzuleiten, damit dieser unter Einbezug der Vorschläge Kriterien für die Präventionsleistung festlegen kann. Sollen dann auf der Basis in einem letzten Schritt unter den Pflegekassen Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen und auf dieser Basis Verträge mit Pflegeeinrichtungen vereinbart werden?

Um diese aufgezeigten Unsicherheiten zu beseitigen, ist eine Klarstellung seitens des Gesetzgebers erforderlich.

Zur vertraglichen Umsetzung:
Es stellt sich die Frage, warum der Gesetzgeber im Rahmen der vertraglichen Umsetzung vom bisherigen Grundsatz in der Pflegeversicherung – die Zuständigkeit liegt bei den Landesverbänden der Pflegekassen - abweicht. Bisher stand das gemeinschaftliche Handeln im Vordergrund. Indem nun die Pflegekassen die Kooperationsvereinbarungen abzuschließen haben, wird eine neue Vertragsebene implementiert, mit der zusätzlicher Verwaltungsaufwand einhergeht.

In Form von Arbeitsgemeinschaften sollen die Pflegekassen Kooperationsvereinbarungen erarbeiten. Die Kooperationsvereinbarungen dienen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen zur Prävention. Unklar ist, wie die zusätzlichen vertraglichen Beziehungen auszugestalten sind. Schließen die Pflegekassen in einem ersten Schritt die Kooperationsvereinbarung untereinander ab, da es sich um kassenübergreifende Leistungen handelt? Wie wird die Pflegeeinrichtung vertraglich eingebunden, so dass die Pflegekassen auch Präventionsleistungen in Einrichtungen erbringen können? Wie wird mit Pflegeeinrichtungen umgegangen, in denen diverse Pflegekassen nur einen geringen bzw. sehr geringen Belegungsanteil haben, um „Rosinenpickerei“ zu vermeiden?

Insgesamt sind die Vorgaben des § 5 in der jetzigen Fassung nicht eindeutig und auch nicht umsetzbar. Viele Fragen bleiben ungeklärt und erschweren eine Umsetzung. Zusätzlich besteht die Gefahr, dass einzelne Pflegekassen sich nicht an einer kassenübergreifenden Präventionsleistung beteiligen, ihre pflegebedürftigen Versicherten werden hierdurch benachteiligt.

Vielmehr soll den Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit eröffnet werden, die Situation von Pflegebedürftigen durch aktivierend-therapeutische Unterstützung bei der Wiedererlangung, Erhalt und Stärkung der Selbstständigkeit zu verbessern. Die Pflegeeinrichtungen erhalten einen Rechtsanspruch auf Finanzierung der zusätzlichen aktivierend-therapeutischen Pflege

C Änderungsvorschlag

Änderungen in § 5 sind zu streichen.

Stattdessen ist in Analogie zu § 87b SGB XI ein neuer § 87c SGB XI „Vergütungszuschläge für koordinierte niedrigschwellige Angebote zur Stärkung, Wiedererlangung und Erhalt der Selbständigkeit von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen“ aufzunehmen. Damit verbunden wird das Ziel, die präventive und rehabilitative Ausrichtung in stationären Pflegeeinrichtungen zu stärken. Hierfür werden Pflegekräfte der Pflegeeinrichtungen durch aktivierend-therapeutisches Personal – insbesondere durch Ergo- und Physiotherapeuten sowie Logopäden - unterstützt, um die gesundheitliche Situation und die Ressourcen und Fähigkeiten von Pflegebedürftigen deutlich zu verbessern.

Nr. 2 § 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Pflegebegutachtung zur Feststellung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind, haben die Gutachter zusätzlich eine Aussage zu treffen, ob Beratungsbedarf hinsichtlich Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V besteht.

B Stellungnahme

Nachdem die Gutachter gemäß § 18 Abs. 1 Satz 3 prüfen, inwieweit Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, ist es sinnvoll, gleichzeitig einen verhaltenspräventiven Beratungsbedarf abzuklären. Laut Begründung ist Ziel der Neuregelung, „eine Pflegebedürftigkeit insbesondere bei einem Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe 1 zu vermeiden bzw. deren Eintritt zu verzögern oder aber einer Verschlechterung vorzubeugen“.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 3 § 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen werden verpflichtet, bei der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit dem Antragsteller eine gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu übermitteln und Stellung zu beziehen, inwieweit Maßnahmen zur Prävention oder zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 18 SGB XI.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 4 § 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die unentgeltlichen Pflegekurse sollen künftig darauf ausgerichtet werden, der Entstehung pflegebedingter körperlicher und seelischer Belastungen vorzubeugen.

B Stellungnahme

Der größte Pflegedienst Deutschlands ist die Familie: Rund 70 Prozent aller Pflegebedürftigen werden im häuslichen Bereich von Angehörigen und Freunden betreut. Um Angehörige dabei zu unterstützen, werden in Pflegekursen Basiswissen für den Alltag sowie praktische und theoretische Tipps für die Pflege vermittelt. Der präventive Ansatz bei der Konzeption und Durchführung der Pflegekurse ist zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 5 § 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards ist sicherzustellen, dass auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation berücksichtigt werden.

B Stellungnahme

Expertenstandards tragen dazu bei, die Qualität in der Pflege zu sichern und weiterzuentwickeln. Sie legen fest, wie Pflegekräfte bei bestimmten Aufgaben und Tätigkeiten vorgehen sollten, um das angestrebte Qualitätsniveau in der Pflege sicherzustellen. Die o.g. Ergänzung ist zu begrüßen. Die darüber hinaus gehende Berücksichtigung des Einsatzes von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geht jedoch über den im Rahmen von pflegerischen Expertenstandards abzubildenden Regelungsbereich hinaus und sollte deshalb gestrichen werden.

C Änderungsvorschlag

In § 113a Absatz 1 SGB XI wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Dabei ist das Ziel, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention einzusetzen, zu berücksichtigen.“

III. Anträge

Antrag Bündnis90/Die Grünen: Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz

A Inhalt

Die Grünen betonen in ihrem Antrag, dass Gesundheitsförderung die nichtmedizinische, ganzheitliche, individuelle und soziale Primärprävention umfasst und Veränderungsprozesse mit allen Beteiligten dort anstoßen soll, wo sie leben, lernen und arbeiten. Ziele sind aus Sicht der Grünen, das Wohlbefinden zu steigern, Gesundheitsrisiken zu reduzieren und damit letztendlich Krankheiten zu vermeiden.

Die Bundesregierung wird in dem Antrag aufgefordert, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der folgen Themen aufgreift:

- Abbau sozialbedingter ungleicher Gesundheitschancen
- Partizipation bei der Gestaltung von Altagswelten
- Gesundheitsbelastungen senken – gesundheitsfördernde Ressourcen stärken
- Kleine und mittlere Betriebe in der BGF erreichen
- Nationale Gesundheitsförderziele
- Steuerung, Koordination und Umsetzung
- Regional gesteuerte partizipative Mittelvergabe
- BZgA als nationales Kompetenzzentrum
- Gesundheitsberichterstattung und Forschung
- Breite Finanzierungsbasis und Erhöhung des Finanzvolumens

B Stellungahme

Gesundheit für alle durch einen gesamtgesellschaftlichen Präventionsansatz zu erreichen, ist ein wichtiges Anliegen. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ist dafür eine breite Allianz notwendig, mit der die erforderlichen Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention verzahnt werden können.

Mit einer Betrachtung der Zusammenhänge von sozialen und gesundheitlichen Themen kann ein Beitrag zu mehr Gesundheit geleistet werden, wenn vor allem vulnerable Gruppen in den Blick genommen werden. Sobald aber die Finanzierung angesprochen wird, verkürzt sich der Blick - auch im Antrag der Grünen - wieder auf rein gesundheitliche Aspekte. Ohne Angleichung der Bildungs- und Teilhabechancen wird es keine gesundheitliche Chancengleichheit geben.

Die AOK bekennt sich zu ihrer Verantwortung und hat bereits in den Lebenswelten KiTa, Schule und in den Betrieben Maßnahmen und Programme auf den Weg gebracht, die Gesundheitskompetenz durch die Kombination von Bildung und Erleben alltagstauglich gestalten. Das Engagement hat aber dort seine Grenzen, wo die Beteiligung der notwendigen Partner fehlt und unklar ist, dass die Maßnahme auch dauerhaft fortgeführt wird.

Der Ansatz im Antrag der Grünen, Arbeitgeber mit wenigen Beschäftigten stärker für das betriebliche Gesundheitsmanagement zu interessieren, ist richtig. Denn dazu bedarf es anderer Strategien, um Aufgaben, die größere Unternehmen mit eigenem Personal regeln können, für die Unternehmen zu organisieren. Da das Interesse an der Gesundheit der Mitarbeiter vorhanden ist, sollten Angebote über Innungen und Handwerkskammern besser an die Bedingung der Unternehmen mit wenigen Beschäftigten angepasst werden.

Die Entwicklung nationaler Gesundheitsförderungsziele bietet Orientierung und ist sinnvoll. Grundsätzlich müssen diese Ziele aber auf die jeweiligen regionalen oder betrieblichen Besonderheiten angepasst werden können. Das gelingt bei den regionalen AOKs sehr gut. Wichtig ist, dass Maßnahmen hinterlegt werden, die evidenz- und qualitätsgesichert sind. Weiterhin müssen Gesundheitsdaten sowie Evaluationskriterien vorliegen, die Transparenz und Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglichen.

Grundsätzlich haben die jeweiligen Verantwortungsträger die Prozesse zu steuern. Hier sollte die Initiative in NRW beispielgebend sein. Dort werden über eine regionale Analyse Schwerpunkte definiert, Ziele gesetzt und dann mit den Verantwortungsträgern gemeinsam umgesetzt. Entsprechende Landesrahmenvereinbarungen, wie sie auch im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehen sind, können hierzu einen Beitrag leisten.

Hinsichtlich der Finanzierung ist entscheidend, dass eine Verständigung darüber erzielt wird, was zu leisten ist, wessen gesetzlicher Auftrag dies ist und wie man die Leistungen miteinander koordiniert. Es ist heute schon gute Praxis, dass dann jeder seinen Leistungsauftrag selbst finanziert. So kann eine Mischverwaltung ausgeschlossen werden.

Die Definition von Maßnahmen und Zielgruppen ist ein wesentliches Instrument, um Bedarfe zu erkennen und auch den Nutzen der Intervention deutlich zu machen. Voraussetzung dazu ist allerdings, dass die Daten vergleichbar sind und auch von allen Akteuren in dem jeweiligen Verantwortungsbereich offen gelegt werden.

Fraglich ist, aus welcher Erkenntnis sich die Forderung im Antrag nach einer undifferenzierten Ausweitung des Finanzvolumens speist, die nur für die GKV dargestellt wurde. Es fehlt die Analyse, was, wann durch wen zu leisten ist und die Darstellung, welches Finanzvolumen Länder und Kommunen einbringen müssen.

Antrag Die Linke: Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten

In dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, den Entwurf eines Gesetzes zur Gesundheitsförderung und nichtmedizinischen Primärprävention mit folgenden Eckpfeilern vorzulegen:

Koordinierte und integrierte Gesamtstrategie

A Inhalt

Eine integrierte und koordinierte Gesamtstrategie zur Verringerung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit soll insbesondere die Punkte umfassen:

- gesamtgesellschaftliche Aufgabe, mit der die gesamte Bevölkerung umfasst wird
- Beseitigung der Ursachen sozialer Ungleichheit und Armut in allen Gesetzen
- bundeseinheitliche Gesundheitsziele
- 2/3 der Ausgaben in Lebenswelten
- funktionsfähige, flächendeckende und barrierefreie Infrastruktur
- Zentrale Auswertung von Evaluation und Qualitätssicherung, Wissenschaftliche Forschung und Public-Health-Strategien

B Stellungnahme

Es ist ein wichtiges Anliegen, den Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention vor allem auf die Bevölkerungsgruppen zu legen, die einen schwierigeren Zugang zu einem gesunden Lebensstil haben. Das kann, wie in dem Antrag der Linken zum Ausdruck gebracht, aber nur gelingen, wenn Prävention und Gesundheitsförderung in allen Politikbereichen verankert und somit als gesamtgesellschaftliches Anliegen verstanden wird.

Dazu sind Anstrengungen in allen Politikbereichen gefordert. Bei der Definition von Gesundheitszielen können bundeseinheitliche Ziele allerdings nur eine Orientierung geben. Die Bevölkerungs- und Infrastrukturentwicklung in den Ländern erfordert ein notwendiges Maß an Gestaltungsspielraum, um auf die Bedarfe vor Ort angemessen reagieren zu können. Aber auch in den Kommunen gibt es unterschiedliche Entwicklungen, die die politischen Verantwortungsträger differenziert angehen müssen.

Die regionale Gesundheitsberichterstattung ist eine gute Quelle, um Entwicklungen aufzeigen und daraus notwendige Maßnahmen abzuleiten zu können. Dazu ist es notwendig, vorhandene Standards in der Entwicklung, Implementierung und Überprüfung von Maßnahmen zur Verfügung zu stellen bzw. fehlende zu entwickeln.

Vernetzte Organisationsstrukturen

A Inhalt

Vernetzte Organisationsstrukturen sollen durch eine Koordinierungs- und Entscheidungsstelle auf Bundesebene an die BZgA angebunden werden. Ein eigener Fonds soll aus Mitteln von Bund, Ländern und SV-Trägern gespeist werden. Die Finanziers plus Kommunen, Wissenschaft, Gewerkschaften, Sozialverbände und Patientenvertreter sollen diesem Gremium angehören. Dort sollen Ziele festgelegt, Präventionsforschung vorangetrieben und Qualitätsberichte zusammengeführt werden. Auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sollen Strategien entwickelt werden, mit denen partizipative Entscheidungsstrukturen zur Umsetzung von Präventionsprojekten gewährleistet werden können. Vorhandene Strukturen auf Landesebene sollen verstetigt, die Vernetzung gestärkt und Präventionsberichte sollen vorgelegt werden.

B Stellungnahme

Eine zu starke Zentralisierung von Aufgaben negiert die föderalen Strukturen. Grundsätzlich sollte es einen Rahmen geben, in dem die Länder eigenverantwortlich handeln können. Sie kennen die Bedarfe und die regionalen Strukturen, auf die sie zielgenaue Maßnahmen aufsetzen können. Kein zentraler Akteur ist in der Lage, Angebote so zu konzipieren, mit denen die spezifischen Bedarfe und Strukturen sowie die Vielfalt der Akteure berücksichtigt werden können.

Eine zentrale Einheit wäre sinnvoll, um wissenschaftliche Expertise, Bedarfsanalysen, Präventionsforschung, Entwicklung von Standards in der Qualitätssicherung und Evaluation voranzutreiben, transparent zu machen, zu verbreitern sowie die Entwicklung der Präventionsaktivitäten in den Regionen zu vergleichen.

Für eine bessere Vernetzung auf der Landesebene sind Rahmenvereinbarungen eine gute Grundlage. Schon heute hat die AOK in vielen Ländern Vereinbarungen zu bestimmten Themenschwerpunkten in den Lebenswelten geschlossen, an denen sich die unterschiedlichsten Partner beteiligen.

Finanzierung

A Inhalt

Prämissen zur Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention im Antrag der Linken sind:

- Bildung eines Fonds zur Gesundheitsförderung durch Bund, Länder, SV-Träger sowie PKV. Zum Start sind in den ersten vier Jahren jeweils 1 Mrd. € von Bund einzuzahlen
- 75 % sollen von der kommunalen Ebene abgerufen werden – ohne dass sie selbst Kosten tragen müssen
- Mindesthöhe des Finanzierungsbeitrag des Bundes soll nach der Aufbauphase festgelegt werden
- Prüfung einer Beteiligung von Industriezweigen, die hohe Gesundheitsrisiken haben

- Arbeitgeber sollen verpflichtend beteiligt werden.

B Stellungnahme

Vor Überlegungen zur Finanzierung sollten die Bedarfe ermittelt werden. Es gibt eine Reihe von Aufgaben zur Daseinsvorsorge, die einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit haben, allerdings in die Verantwortung von Ländern und Kommunen fallen, wie der frühe KITa-Besuch, die Unterstützung der Eltern, die Schulausbildung, die eine Berufsausbildung ermöglicht, das Lebensumfeld, das auch ärmeren Bevölkerungsschichten und alten Menschen eine Teilhabe am öffentlichen Leben ermöglicht.

Auch das Verursacherprinzip bedarf einer differenzierteren Betrachtung. Das Wissenschaftliche Institut der AOK hat in seiner jüngsten Fehlzeitenanalyse festgestellt, dass auch der Bildungsgrad in bestimmten Berufen Einfluss auf die Gesundheit hat. Daher setzt die AOK schon seit Jahren auf eine gute Zusammenarbeit mit den Unternehmen, um herauszufinden, welche Erkrankungen durch die Arbeitsbedingungen verursacht werden, die von den Arbeitgebern in eigener Verantwortung auch beeinflusst werden können.

Aus Sicht der AOK ist es daher wesentlich, in Bildung und Gesundheitsbildung schon in frühen Jahren zu investieren. Denn gut gebildete Menschen verfügen oft auch bei geringerem Einkommen über eine bessere Gesundheit.

Bundesverband e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(23)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
20.04.2015

Stellungnahme des AWO Bundesverbandes zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)

Stand April 2015

Vorbemerkung

Der AWO Bundesverband bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG).

Das Verständnis der AWO von Prävention und Gesundheitsförderung orientiert sich an dem 1986 in der Ottawa-Charta beschriebenen Gesundheitskonzept. Demnach sollte sich eine zukunftsorientierte Gesundheitspolitik weg von der Vermeidung von Krankheit hin zur Förderung von Gesundheit umorientieren. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es einer breit angelegten politischen Verantwortungsübernahme, die nicht auf den Bereich der Gesundheitspolitik begrenzt bleiben kann und darf.

Gesundheitspolitik sollte die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit bzw. die Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit zum Anliegen haben. Wie einschlägige Statistiken und Forschungsergebnisse der vergangenen Jahrzehnte belegen, resultiert gesundheitliche Ungleichheit stark aus sozialer Ungleichheit. Sowohl die subjektive Einschätzung als auch der objektiv messbare Gesundheitszustand fallen in sozial benachteiligten Gruppen deutlich schlechter aus als bei Personen mit hohem Einkommen und hoher Bildung. Auch ist bekannt, dass Menschen mit einem geringen sozialen Status um Jahre früher sterben. Dies erfordert ein korrigierendes Eingreifen des Wohlfahrtsstaates, um die Teilhabe aller Menschen an den ökonomischen, sozialen und kulturellen Ressourcen gewährleisten zu können. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass eine ressourcenorientierte Prävention und Gesundheitsförderung an krankmachenden Lebensbedingungen ansetzen muss und sich nicht auf medizinische Prävention beschränken darf. Vielmehr ist eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik notwendig. Sie muss zum Ziel haben, gesundheitsfördernde Lebenswelten zu schaffen, in denen der Erhalt und die Förderung von Ressourcen zentral sind.

Der vorliegende Gesetzentwurf setzt an diesem Grundverständnis von Prävention an und ist damit bemüht, die Kritik am Gesetzentwurf der Vorgängerregierung aus dem Jahr 2012 abzumildern bzw. aufzulösen. Dabei legt der Gesetzgeber an vielen Stellen das dafür notwendige breite Gesundheitsverständnis an und zeigt sich bestrebt, das Thema nicht mehr nur auf den Bereich der medizinischen Versorgung zu begrenzen.

Die AWO begrüßt ausdrücklich folgende Regelungen im Gesetzentwurf:

- Primärpräventive Leistungen der GKV erhalten ein stärkeres Gewicht. Wir sehen darin eine Anerkennung des Potentials frühzeitiger Prävention und Gesundheitsförderung, wie es die AWO - insbesondere im Hinblick auf die demografische Entwicklung - stets betont.
- Die Verpflichtung der Kassen, einen bestimmten Betrag explizit für lebensweltbezogene Präventionsmaßnahmen bereitzustellen, hält die AWO für sinnvoll.
- Betriebliche Gesundheitsförderung gezielt zu stärken und mithin dem Betrieb als wichtiger Lebenswelt gerecht zu werden, sehen wir positiv. Die Einbeziehung der Betriebsärztinnen und -ärzte in den Kreis der mitwirkenden Akteure halten wir ebenfalls für sinnvoll.

- Die Fokussierung auf bestimmte Ziele erlaubt eine Bündelung der vielfältigen Kräfte im Sinne einer größeren Effizienz.
- Der Entwurf nimmt Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten achtzehnten Lebensjahr stärker in den Blick. Dies entspricht der Forderung der AWO, die in der Vergangenheit wiederholt auf diese Lücke an Begleitung und Unterstützung hingewiesen hat. In diesem Zeitfenster bestehen gute Chancen, Krankheiten zu vermeiden oder Störungen zu begegnen, die sich im späteren Lebensverlauf entwickelt oder verdichtet hätten.
- Der Entwurf zielt darauf ab, die Zielgruppe der pflegebedürftigen Menschen stärker als bisher an Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung teilhaben zu lassen.

Die AWO merkt folgende allgemeine Punkte kritisch an:

Insgesamt muss für den Gesetzentwurf konstatiert werden, dass eine Gesamtstrategie, die Prävention als komplexe Querschnittaufgabe aller Politikfelder begreift und eine Harmonisierung der Sozialgesetzbücher anstrebt, sich in Ansätzen erkennen lässt, dass sie aber konsequenter und auf noch breiterer Ebene angegangen werden müsste. Grundsätzlich ist festzustellen, dass der Fokus des Gesetzentwurfs noch zu stark auf Verhaltensprävention abzielt und der Änderung von Verhältnissen ein zu geringes Gewicht beimisst. Besonders verhältnispräventive Maßnahmen können (nur) im Zusammenspiel mit anderen Politikressorts gelingen. Zu nennen sind hierbei z.B. die Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Forschungs-, Wirtschafts-, Umwelt-, Verkehrs-, Familien- und Ernährungspolitik.

Auch wenn die Bedeutung lebensweltorientierter Präventionsansätze deutlich an Gewicht gewonnen hat, halten wir die Ausrichtung des Gesetzentwurfs noch immer zu stark auf den gesetzlichen Rahmen des SGB V begrenzt. In der Fokussierung auf das SGB V sieht die AWO die Gefahr einer Einengung auf ein überwiegend medizinisches Präventionsverständnis. Selbst bei einer Beschränkung auf das SGB V ist es fachlich nicht begründbar, weshalb neben der ärztlichen Berufsgruppe andere Gesundheitsprofessionen nicht ebenfalls in Beratung, Aufklärung und Schulung eingebunden werden sollen. Auch fehlt der Verweis auf die Notwendigkeit der Vernetzung und Kooperation der Ärztinnen und Ärzte mit anderen lokalen Akteuren im Gesundheitswesen respektive in den Lebenswelten der Menschen.
Auch die Selbsthilfe findet bis auf die Einbeziehung in die ständige Präventionskonferenz keine Erwähnung als Kooperationspartner. Insgesamt finden sich nur wenige Ansätze einer stärkeren Einbeziehung der Betroffenen. Um die Gesundheitsförderung und Prävention von Menschen mit Behinderungen in jedem Lebensalter und allen Lebensbereichen zu stärken, bedarf es eines barriere- und diskriminierungsfreien Zugangs zu Angeboten und Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention. Aus dem Gesetzentwurf wird noch nicht deutlich sichtbar, an welchen Stellen hierbei angesetzt werden soll.

Immer wieder werden im Gesetzentwurf die Absicht und das Ziel betont, die Gesundheitskompetenz und die Eigeninitiative der Bevölkerung bzw. des Einzelnen zu erhöhen und zu fördern. In der Mehrheit der Ausformulierungen des vorliegenden Gesetzentwurfes allerdings, sind die Bevölkerung und das einzelne Individuum eher passive Empfänger von Leistungen als aktiver Mitgestalter und Akteur. Eine vorwiegend paternalistische Pädagogik scheint nicht zielführend bei der Ausbildung von

Gesundheitskompetenz und der Förderung von Eigeninitiative und Selbstbestimmung.

Für kritisch erachten wir, dass das Teilkaskosystem der Pflegeversicherung an der Leistungsfinanzierung originärer Krankenkassenleistungen - wie es Prävention ist – beteiligt werden soll. Würden alle Sozialversicherungsträger an der Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung beteiligt, wäre dagegen nichts einzuwenden. Die Eingrenzung jedoch auf einige wenige Sozialversicherungsträger und dann auch noch auf ein Teilkaskosystem wie das SGB XI, halten wir nicht für angemessen.

B. Besonderes

Zu Artikel 1 Nr. 1: § 1 SGB V

Eigenverantwortung

In seiner derzeitigen Fassung stellt § 1 SGB V bereits klar, dass Erhalt, Wiederherstellung oder Verbesserung von Gesundheit im Zusammenwirken des Sozialversicherungsträgers und eigenen Anstrengungen des/der Versicherten erfolgt. Dem liegt die Vorstellung eines zwar vulnerablen und insofern unterstützungsbedürftigen, aber eben auch eigenverantwortlichen Menschen zugrunde. Eine weitere Betonung der Eigenverantwortlichkeit halten wir hingegen nicht für zielführend.
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 und finanzielle Nöte kurzfristig zu bewältigen. Letztlich auf lange Sicht schädigend, erlauben sie doch ein Funktionieren in den als unveränderbar wahrgenommenen Lebenszusammenhängen. Auch in gebildeten Schichten sind übermäßiger Alkoholkonsum und Bewegungsmangel zu verzeichnen, was darauf hindeutet, dass Wissen allein nur sehr bedingt hilft, solange Belastungen wie beispielsweise Stress am Arbeitsplatz weiter zunehmen. Daher hält die AWO die bisherige Formulierung zum Grundsatz der Eigenverantwortung § 1 SGB V für ausreichend. Wir befürchten, dass Sanktionsmaßnahmen v.a. sozial und damit auch gesundheitlich benachteiligte Gruppen treffen würden.

Zu Artikel 1 Nr. 2: § 2b SGB V

Geschlechtsspezifische Besonderheiten

Mit dem neuen § 2b werden Leistungen der Krankenkassen geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung getragen. Wir begrüßen, dass die aus der Forschung erhaltenen Erkenntnisse zu den Spezifika der Frauen- und Männergesundheit sowie deren gesundheitlicher Versorgung berücksichtigt werden. Jedoch erschließt sich uns nicht, wie die Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Besonderheiten im Konkreten erfolgen soll. Wir schließen uns der Forderung des Deutschen Müttergenesungswerkes (MGW) an, das bei dem zu fördernden Vorhaben explizit auch gender-, alters- und lebenslagenspezifische Konzepte zu nennen sind.

Zu Artikel 1 Nr. 4: § 20 SGB V
Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Grundsätzlich begrüßt die AWO eine Fokussierung der Präventionsbestrebungen auf Ziele der Primärprävention. Dass der Gesetzgeber eine Ausweitung auf den Bereich der Gesundheitsförderung vornimmt, halten wir für zeitgemäß und notwendig. Auch dass der Gesetzgeber die Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung mit dem klaren Ziel hinterlegt, dass hierdurch sozial bedingte wie auch geschlechterbezogene gesundheitliche Ungleichheit abgebaut werden soll und die Krankenkassen zur entsprechenden Leistungserbringung verpflichtet werden, begrüßen wir außerordentlich.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll unter Einbezug vielfältigen Sachverstandes Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen (z.B. Zielgruppen, Zugangswege, Bedarf, Inhalt, Methodik usw.) festlegen. Er soll ebenso die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten sicherstellen. Die AWO begrüßt, dass im Gesetzentwurf nun der Sachverstand von Menschen mit Behinderungen aufgenommen wurde. Die AWO vermisst bei der Einbeziehung des Sachverstandes jedoch weiterhin die explizite Erwähnung der Gremien der Selbsthilfe bzw. der lebensweltlichen Akteure.

Künftig sollen die zu finanzierenden Leistungen individueller, verhaltensbezogener Prävention einheitlichen Qualitätsmaßstäben entsprechen und zertifiziert sein. Die zertifizierten Maßnahmen sollen von den Kassen im Internet veröffentlicht werden, was die Transparenz deutlich erhöht. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, da in der Vergangenheit viele, wenig zielführende individuelle Präventionsangebote aus marketingstrategischen Gründen von den Kostenträgern finanziert wurden. Insofern ist nachvollziehbar, dass künftig nur noch zertifizierte Präventionsangebote zugelassen werden sollen. Offen bleibt allerdings, wer die Zertifizierung durchführt. Bei der zertifizierenden Stelle sollte es sich um eine unabhängige und anerkannte Institution handeln. Die AWO gibt außerdem zu bedenken, dass bei aller Notwendigkeit zur Qualitätssicherung bei individuell ausgerichteten Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen die Spezifik des Einzelfalls nicht vereinheitlichten Qualitätsmaßstäben zum Opfer fallen sollte. Auch sollten bei der Evaluation und Qualitätssicherung der Maßnahmen zwingend die Adressaten der Leistungen einbezogen werden.

Die Festschreibung der sieben Gesundheitsziele, die im Kooperationsverbund gesundheitsziele.de erarbeitet wurden, erscheint aus Sicht der AWO wenig hilfreich.
Zum einen ist die Aufnahme der Einzelziele statisch, während der Prozess der Zielsetzung im Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ dynamisch ist und eine Aktualisierung, Neugewichtung, Evaluation und Anpassung ermöglicht. Im Hinblick darauf, dass einige der sieben Gesundheitsziele aus dem Jahre 2003 stammen und erst kürzlich überarbeitet wurden, erscheint die Fixierung besonders fragwürdig.
Zum anderen kritisieren wir nach wie vor die Engführung auf große Volkskrankheiten. Dies wird dem Ziel, die Ungleichheit gesundheitlicher Chancen zu verringern, nicht gerecht. Vielmehr muss nach unserer Auffassung an den Ursachen von Erkrankungen angesetzt werden. Zudem ist zu prüfen, inwieweit die formulierten Gesundheitsziele soweit operationalisierbar sind, dass sie tatsächlich als Grundlage der Entwicklung von zielorientierten und zielgruppenspezifischen Präventionsangeboten genutzt werden können.

Wir begrüßen, dass der Kooperationsverband „gesundheitsziele.de“ im Jahr 2014 mit der Formulierung des Ziels „Alkoholkonsum reduzieren“ begonnen hat. Sollte es bei der Aufzählung dieser einzelnen Gesundheitsziele bleiben, ist die Erweiterung des dritten Gesundheitszieles „Tabakkonsum reduzieren“ zum Gesundheitsziel „Tabak- und Alkoholkonsum reduzieren“ zwingend erforderlich.
Der Konsum legaler und illegaler Drogen sowie süchtige Verhaltensweisen haben einen großen Anteil an der Entwicklung chronischer Erkrankungen. In der europäischen Region lassen sich 40 Prozent aller Erkrankungen und vorzeitigen Todesfälle auf nur drei vermeidbare Risikofaktoren zurückführen: Rauchen, Alkoholmissbrauch und Verkehrsunfälle, die selbst oft durch Alkohol verursacht werden (WHO 2011). Diese Zahlen unterstreichen die zentrale Bedeutung der Prävention von Sucht und riskantem Konsum psychotroper Substanzen für die Gesundheit der Bevölkerung.

Der Suchtprävention muss auch mit Blick auf die eklatanten Auswirkungen elterlicher Sucht auf die Kinder mehr Möglichkeiten gegeben werden. Die Kinder haben ein Leben lang mit den psychischen Auswirkungen zu kämpfen in Lebensverhältnissen groß geworden zu sein, in denen die elterliche Sucht und ihre Folgen im Vordergrund standen. Nicht selten, Experten gehen von 30 % aus, folgen die Kinder dem elterlichen Suchtverhalten. Immer und in jedem Fall ist ein gesundes Aufwachsen und eine gesunde Identitätsfindung der Kinder in hohem Maße beeinträchtigt. Experten gehen davon aus, dass jedes 6. Kind in Deutschland mit der Sucht eines oder mehrerer Familienangehöriger leben.

Im vorliegenden Gesetzentwurf wird darüber hinaus entgegen der in der Fachwelt üblichen Unterscheidung zwischen individueller und lebensweltbezogener Prävention durch die Ausformulierung der Eindruck erweckt, die betriebliche Gesundheitsförderung stelle eine eigene, dritte Form der Prävention dar. Der Betrieb gilt - neben Kita, Schule, Stadtteil usw. - jedoch als klassische Lebenswelt. Wir begrüßen, dass der allgemeine Fokus primärpräventiver Leistungen und damit einhergehend die Veränderung der Verhältnisse in den Lebenswelten der Versicherten zusätzlich um Leistungen - beispielsweise der betrieblichen Gesundheitsförderung in Werkstätten - für behinderte Menschen ergänzt wurde.

Der Entwurf sieht vor, ab 2016 von für jeden Versicherten zur Verfügung stehenden sieben Euro, zwei Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung aufzuwenden. Auch die AWO hält die Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung für eine sehr bedeutsame Aufgabe angesichts einer zunehmenden Anzahl - insbesondere psychischer - Erkrankungen - von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Allerdings stellt sich aus Sicht der AWO die Frage, warum dem Setting Betrieb gegenüber den zweifellos ebenfalls wichtigen Settings Kita, Universität, Altenpflegeeinrichtungen oder Quartier durch die höhere Mittelzuwendung mehr Bedeutung beigemessen wird.

Zu Artikel 1 Nr. 5: § 20a SGB V
Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Die AWO begrüßt ausdrücklich die geplanten Ergänzungen im § 20a zu den Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten. Hiermit erkennt der Gesetzgeber die Bedeutung und Vielfältigkeit der Lebenswelt für die Steigerung der gesundheitlichen Chancengleichheit an. Auch begrüßt die AWO, dass die Krankenkassen bei der Entwicklung gesundheitsförderlicher Strukturen die Versicherten

ebenso wie die für die Lebenswelt Verantwortlichen einbeziehen sollen. Begrenzend finden wir an dieser Stelle allerdings, dass sich die Beteiligung lediglich auf die Erhebung der Risiken und Potenziale der Versicherten und die Möglichkeiten der Ausgestaltung der Lebenswelt richtet. Eine konsequent partizipativ ausgestaltete Gesundheitsförderung und Prävention beteiligt die Versicherten und die für die Lebenswelt Verantwortlichen aber nicht nur bei der Erhebung notwendiger Daten und Fakten. Sie beteiligt diese auch bei der Entwicklung von zielgerichteten Maßnahmen, bei der Planung und Umsetzung sowie der Maßnahmenevaluation. Hier hielten wir einen weitergehenden Ansatz von Beteiligung für erforderlich, wenn Maßnahmen tatsächliche Wirkung entfalten sollen.

Unklar bleibt, was der Gesetzgeber in § 20a Abs. 2 meint, wenn er von einer angemessenen Eigenleistung der für die Prävention in Lebenswelten Verantwortlichen zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen nach § 20 f spricht. Auch wenn die Bundesregierung den Vorschlag des Bundesrates zur Streichung der Formulierung bereits abgelehnt hat, fordern wir eine Konkretisierung der Begrifflichkeit der „angemessenen Eigenleistung“. Im Interesse der Verantwortlichen und der Bereitschaft zur Entwicklung neuer präventiver Leistungsangebote ist eine rechtliche Klarstellung erforderlich.

Die in § 20 Abs. 3 hervorgehobene Rolle Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die ab dem Jahr 2016 mit der Durchführung kassenübergreifender Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für die gesetzliche Krankenversicherung beauftragt wird, betrachten wir problematisch. Als Bundesbehörde verfügt sie weder über einen Kenntnisstand der Bedarfe vor Ort noch über die jeweiligen Strukturen. Konsequenter wäre es aus unserer Sicht, den Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ einzubinden, der von der BZgA 2003 initiiert wurde und wesentlich mitgetragen wird. In ihrer Vielzahl und Vielfältigkeit können die dortigen Kooperationspartner als Akteure, die mit ihren Gliederungen in den Lebenswelten aktiv sind, zielgerichtete und wirksame Maßnahmen umsetzen. Der Transfer guter Praxis wird durch die regionalen Knoten in allen 16 Bundesländern gewährleistet, in denen maßgebliche Akteure wie Städte und Gemeinden, Sozialversicherungsträger, Wohlfahrtsverbände etc. vernetzt sind und Maßnahmen durchführen, die auf die Gegebenheiten vor Ort abgestimmt sind und die Zielgruppen partizipativ einbinden. Aufgrund der institutionellen Struktur der BZgA ist anzuzweifeln, dass diese dazu geeignet ist, lebensweltbezogene Maßnahmen durchzuführen. Daher ist die Mittelzuwendung hier fraglich. Die AWO schlägt vor, stattdessen den oben genannten Kooperationsverbund mit der Durchführung zu beauftragen.

Für sinnvoll hält es die AWO, den Fokus der Präventionsmaßnahmen entsprechend dem Entwurf auf die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen sowie älteren Menschen zu legen. Es wäre jedoch begrüßenswert, weitere besonders vulnerable Gruppen einzubeziehen. So fehlt es beispielsweise bislang nachweislich an wirksamen und finanzierten Maßnahmen der Gesundheitsförderung für psychisch kranke Menschen, suchterkrankte Menschen, Opfer von Gewalttaten, mehrfachbehinderte Menschen, Erwerbs- und Wohnungslose sowie Flüchtlingen. Auch gilt dies besonders für Kinder und Jugendliche aus solch belasteten Familien. In diesem Kontext stellt die Familie auch eine besondere Rolle dar: Wir unterstützen die Auffassung des MGW, dass ergänzende Strategien und Initiativen zur Stärkung der Beratungsdienste und Institutionen fehlen, die im direkten Kontakt mit Familien eine Stärkung ihrer Gesundheitskompetenzen verfolgen.

An dieser Stelle möchte der AWO Bundesverband auch darauf verweisen, dass Menschen mit Assistenzbedarf der gleichberechtigte, wohnortnahe und barrierefreie Zugang zu Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten in Begleitung einer Person ihres Vertrauens ermöglicht werden muss. Diese besonderen Unterstützungsbedarfe wurden im vorliegenden Gesetzentwurf nicht ausreichend bis gar nicht berücksichtigt. Damit werden teils systematisch Personengruppen von Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung ausgeschlossen, die einen erhöhten Leistungsbedarf aufweisen.

Zu Artikel 1 Nr. 6: § 20b SGB V
Betriebliche Gesundheitsförderung

Die AWO begrüßt, dass die Kassen per Gesetz angehalten werden sollen, Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen zum Themenkomplex der betrieblichen Gesundheitsförderung zu beraten und zu unterstützen. Dabei sollen bereits vorhandene regionale Strukturen genutzt werden. Auch begrüßen wir, dass die Kompetenz der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie der Fachkräfte für Arbeitssicherheit künftig stärker berücksichtigt werden soll, indem sie an der Ausführung von Leistungen in Betrieben beteiligt werden.
Die AWO macht jedoch darauf aufmerksam, dass Leistungen zur betrieblichen Prävention Handlungsfelder unterschiedlicher Sozialleistungsträger sind. Der geltende § 20a SGB V bestimmt bereits, dass die Krankenkassen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung mit den zuständigen Unfallversicherungsträgern zusammenarbeiten müssen. Aufgrund der Relevanz des Themas betriebliche Gesundheitsförderung sowie der Vielzahl der beteiligten Akteure hält die AWO es für wichtig, diesbezüglich abgestimmte Strategien zu entwickeln. Wir schlagen vor, Prävention und Gesundheitsförderung im Setting ‚Betrieb' in eine bundesweite Präventions-Plattform (z.B. nationaler Präventionsrat) einzubeziehen. Insofern begrüßen wir es, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen per Gesetz dazu angehalten wird, die Zusammenarbeit mit der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz zu intensivieren und die Arbeitsschutzstrategie sowie die Arbeitsschutzziele stärker zu berücksichtigen.

Im Gesetzentwurf fehlen Regelungen für spezifische Maßnahmen, mit denen v.a. der Zunahme psychischer Erkrankungen entgegengewirkt werden kann. Hier wäre eine Konkretisierung wünschenswert. Besonders verhältnispräventive Maßnahmen in Betrieben können zu einer Verringerung der Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit beitragen sowie eine vorzeitige Berentung vermeiden helfen.

Zu Artikel 1 Nr. 8: § 20d
Nationale Präventionsstrategie

Die AWO steht dem Entwurf einer Präventionsstrategie grundsätzlich positiv gegenüber. Ohne eine solche Strategie fehlen sowohl das Verbindungselement zwischen den Einzelmaßnahmen wie auch die künftige Ausrichtung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Eine Strategie sollte die Verantwortlichkeiten festlegen und einen Rahmen schaffen, der für die Akteure in diesem Handlungsfeld

richtungsweisend ist. Dass die Strategie auch ein impliziertes Berichtswesen enthalten soll, halten wir für richtig und zwingend geboten.
Wir bedauern, dass die Strategie im Gesetzentwurf eher operativ und verfahrenstechnisch als inhaltlich gefasst wird. Dass die Strategien lediglich von denen, die in der Finanzierungsverantwortung der Maßnahmen stehen, entwickelt werden sollen, halten wir für bedenklich und lehnen ein solches Vorgehen ab. Wir befürchten, dass hierdurch wirtschaftliche und nicht inhaltliche Überlegungen im Zentrum der Strategie stehen werden. Die Strategie sollte vielmehr auf der Grundlage der bereits vorliegenden Erkenntnisse der Gesundheitswissenschaften basieren und in Kooperation mit den lebensweltlich relevanten Akteuren der Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt werden. Wichtig ist das Einbeziehen zivilgesellschaftlicher Akteure bei dem Vorhaben „gesamtgesellschaftliche“ Prävention.

Hervorzuheben ist, dass im Präventionsbericht auch gesondert die Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen Beachtung finden müssen. Besonders sollten bei der Erhebung relevanter Informationen auch die Lebenslagen von vulnerablen Gruppen, wie z.B. älteren Menschen, suchterkrankten Menschen, Flüchtlingen, Arbeitslosen, Wohnungslosen, fokussiert werden. Weiterhin sollte eine geschlechterdifferenzierte Datenerhebung und Evaluation gesetzlich verankert werden. Auf diese Weise kann nur sichergestellt werden, ob die in § 2b SBG V festgelegte Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Besonderheiten auch umgesetzt wird.

Wir unterstützen die Forderung des Bundesrates - und begrüßen das Prüfen durch die Bundesregierung -, dass die bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nicht im Benehmen, sondern „im Einvernehmen“ mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium des Innern und den Ländern vereinbart werden.

Zu Artikel 1 Nr. 8: § 20e
Nationale Präventionskonferenz

Die AWO bewertet es als positiv, dass ein Gremium geschaffen werden soll, das die aktuellen Anstrengungen zum Thema Prävention in Deutschland bündelt und Wege der Weiterentwicklung aufzeigt. Die AWO spricht sich für einen institutionellen Rahmen aus, der durch die demokratische Beteiligung aller maßgeblichen Akteure (Zivilgesellschaft, staatliche Stellen, Sozialversicherungsträger) und eine transparente Wahl der Entscheidungsgremien gekennzeichnet sein soll. In einem solchen Rahmen soll eine Verständigung auf gemeinsame Handlungsfelder erfolgen und es sollen Entscheidungen getroffen werden, die eine hohe Verbindlichkeit für die Akteure haben. Damit sollte der zunehmenden Segmentierung und Ausdifferenzierung der Sozialversicherungsbereiche ein machtvoller Akteur gegenübergestellt werden, der Gesundheitsförderung als wichtige Querschnittsherausforderung in die verschiedenen Politikstrategien hineintragen könnte. Als mögliche Option schlägt die AWO eine Plattform von Akteuren vor, die institutionell beispielsweise an die BZgA angebunden sein und somit an bestehende und bewährte Strukturen anknüpfen könnte.

Die Konzeption einer Nationalen Präventionskonferenz erscheint nach unserer Auffassung bisher noch vage. Es ist unklar, welcher konkrete Arbeitsauftrag dem Gremi-

um obliegt und welche Verbindlichkeit den Empfehlungen der Konferenz zukommen soll. Auch ist insbesondere fraglich, wie der Transfer der Ergebnisse in die Praxis und regionalen Strukturen erfolgen soll.
Weiterhin muss klar herausgestellt werden, welche spezifische Rolle und Funktion das Präventionsforum innehat, wie die fachliche Rückkopplung mittels einer Fachkonferenz erfolgen soll und wie die Mitglieder des Forums gezielt am Prozess partizipieren können. Wir wollen darauf aufmerksam machen, dass auch die Wohlfahrtsverbände an der nationalen Präventionskonferenz beteiligt werden sollten. Schließlich handelt es sich um die Organisationen, die unmittelbar vor Ort Zugang zu den unterschiedlichen Lebenswelten und hier in besonderem Maße zu sozial benachteiligten Menschen haben. Weiterhin schlagen wir vor, dass nicht die BZgA, sondern das Bundesministerium für Gesundheit den Vorsitz der Präventionskonferenz haben sollte.

Zu Artikel 1 Nr. 1: § 20f SGB V
Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

Als Trägergruppe des Müttergenesungswerkes (MGW) unterstützt die Arbeiterwohlfahrt die Forderungen der Ergänzungen nach § 20f SBG V.

Im Zuge der auf Landesebene abzuschließenden Rahmenvereinbarungen müssen sich aus Sicht der AWO die Vereinbarungspartner auf gemeinsame Landesprogramme verpflichten, die auch eine angemessene Finanzierung beinhalten. Die Länder sollten in diesem Rahmen zu einer arbeitsfähigen Beratungs- und Infrastruktur, insbesondere für die gesundheitliche Beratung zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter verpflichtet sein. Zudem sollte geregelt werden, wie sich die Kommunen an der Umsetzung der Vereinbarung beteiligen.

Die Trägergruppen, darunter die AWO, bieten im Verbund des Müttergenesungswerkes Müttern und Vätern ein bundesweites Netz mit Beratungsstellen für Mütter-/Väter- und Mutter-Kind-/Vater-Kind-Maßnahmen (§ 24 SGB V). Hierbei handelt es sich um ein niederschwelliges Beratungsangebot mit ganzheitlichem und präventivem Ansatz. Die Beratungsstelle ist häufig eine erste Anlaufstelle für Mütter und Väter mit Gesundheitsproblemen und belastenden psychosozialen Kontextfaktoren. Sie dient zur Klärung und Definition dieser Probleme und als Wegweiser zu spezialisierten Gesundheitsangeboten wie Mütter-/Väter- und Mutter-Kind/-Vater-Kind-Maßnahmen nach § 24 SGB V. Mit individueller Unterstützung beim Antragsverfahren, gezielter Vorbereitung auf die Maßnahme und mit Nachsorgeangeboten sichern sie die positiven Behandlungseffekte und die Nachhaltigkeit der Maßnahmen. Mit diesem wohnortnahen Beratungs- und Nachsorgeangebot halten die Beratungsstellen im Müttergenesungswerk eine beispielhafte vernetzte gesundheitliche Versorgung vor, die einer Finanzierung und Berücksichtigung im Präventionsgesetz bedarf.

Die AWO folgt dem Vorschlag des Müttergenesungswerkes, dass in § 20f nach Punkt 6 folgender Satz eingefügt wird:
„Die Vereinbarungspartner verständigen sich auf Gemeinschaftsprogramme zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von nichtbetrieblichen Lebenswelten, in die mindestens 50% der Mittel nach § 20 Abs. 4 Punkt 2 fließen.
Den Ländern obliegt die Schaffung einer arbeitsfähigen Kooperations-, Beratungs- und Infrastruktur. Sie verpflichten sich gemeinsam mit den Verbänden der Freien

Wohlfahrtspflege zur Unterstützung einer Beratungsstruktur, insbesondere der gesundheitlichen und psychosozialen Beratung zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter“.

Zu Artikel 1 Nr. 11: § 23 SBG V
Medizinische Vorsorgeleistungen

Dass mit dem Gesetzentwurf auch Menschen in besonderen beruflichen und familiären Belastungssituationen wie beispielsweise Schichtarbeit oder Pflege von Angehörigen Rechnung getragen werden soll, halten wir für ein wichtiges und richtiges Signal. Gerade dieser Personenkreis ist erheblich von gesundheitlichen Risiken durch die spezifische Lebens- und Arbeitssituation betroffen. Dadurch ist es ihnen oft nur schwer möglich, ausreichend Zeit für die Inanspruchnahme präventiver und gesundheitsfördernder Angebote aufzubringen. Zwar ist die tatsächliche Möglichkeit der Inanspruchnahme solcher Angebote auch von weiteren Faktoren abhängig. Der Gesetzgeber ist jedoch mit dieser Regelung bestrebt, die Hürden für die Inanspruchnahme der Leistungen zu reduzieren, indem er Sonderregelungen zulässt. Insofern begrüßen wir vorbehaltlos, dass für den genannten Personenkreis künftig unmittelbar ambulante Leistungen in anerkannten Kurorten in Anspruch genommen werden können und dass die Krankenkassen hier nicht auf die Möglichkeit verweisen dürfen, dass für die Versicherten entsprechende ambulante Maßnahmen am Wohnort ausreichen.

Zu Artikel 1 Nr. 14: § 25 SGB V
Gesundheitsuntersuchungen

Die Ausweitung des in § 25 Absatz 1 SGB V formulierten Leistungsanspruchs auf alters-, geschlechts- und zielgruppenspezifische ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte Präventionsberatung, wird von der AWO begrüßt. Aufgrund teilweise großer Impflücken bei den Erwachsenen begrüßt die AWO auch die Überprüfung des Impfstatus bei den Erwachsenen als präventionsorientierte Beratung.

Nach Auffassung der AWO sollte jedoch gewährleistet werden, dass die Beratungsleistung der Ärzte, die künftig in einer Präventionsempfehlung münden kann, auf *medizinische* Primärprävention begrenzt wird. Diese ist fraglos ein wichtiger Bestandteil einer Präventionskette und somit auch eine wichtige Ergänzung zu anderen, nichtmedizinischen Ansätzen. Nichtmedizinische Prävention sollte dagegen Professionen und Akteuren überlassen bleiben, die die dafür nötige Qualifikation mitbringen. Die AWO teilt die Auffassung des Gesetzgebers nur bedingt, dass die Qualifikation der Ärzte und das Vertrauensverhältnis zum Patient sie dafür prädestinieren, über die medizinische Prävention hinaus tätig zu werden. Weder die ärztliche Ausbildung noch die klassische Arzt-Patienten-Beziehung bilden eine ausreichende Grundlage für eine umfassende Präventionsberatung.

Primärprävention ist ressourcenorientiert und fördert möglichst frühzeitig eine gesunde Lebensweise, gleichzeitig zielt sich darauf ab, die dafür unterstützenden lebensweltlichen Rahmenbedingungen herzustellen. Damit wird deutlich, dass Primärprä-

vention nicht ausschließlich in den Aufgabenbereich von Ärztinnen und Ärzten gehört. Daher fordert die AWO, dass sich Ärzte mit den Akteuren der lebensweltlich orientierten Gesundheitsförderung vernetzen und mit diesen kooperieren.

Es ist zu bezweifeln, dass allein mit dem neu geschaffenen Leistungsangebot nach § 25 Absatz 1 SGB V die Zielgruppen erreicht werden, die am stärksten von Gesundheitsrisiken betroffen sind. Zumeist handelt es sich um Menschen in prekären Lebenslagen und mit geringerem sozialen Status. Wie Untersuchungen im Bereich der Versorgungsforschung zeigen, ist speziell diesen Personengruppen oftmals nicht bewusst, dass ihr Verhalten - objektiv betrachtet - gesundheitsgefährdend ist. Ebenfalls konnte die Versorgungsforschung nachweisen, dass in dieser Zielgruppe vielfach ein Verhalten vorzufinden ist, dass auf kurzfristige Bedürfnisbefriedigung zielt. Auch die Komm-Strukturen ärztlicher Angebote stellen für die genannten Zielgruppen nachweislich oft eine zu hohe Hürde dar. Eine Erhebung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) kommt zu dem Ergebnis, dass bei ca. 45% der GKV-Versicherten die Gesundheitskompetenz – d.h. die Fähigkeit gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und umzusetzen - problematisch, bei 14,5% gar unzureichend ist. Vor allem in Bezug auf Krankheitsbewältigung und Prävention wurde ein Kenntnisstand berichtet, der unterhalb des EU-Durchschnitts liegt (WIdO-monitor 2/2014).
Im Gesetzentwurf finden sich leider keine Ausführungen dazu, wie man die Erreichbarkeit speziell bei den genannten Zielgruppen ermöglichen, Hürden der Inanspruchnahme abbauen und die Gesundheitskompetenz erhöhen will.

Unserer Ansicht nach wäre die Etablierung von wohnortnahen, zugehenden, niedrigschwelligen, unabhängigen und multiprofessionell ausgerichteten Präventionsberatungsstellen hinsichtlich der professionellen Zuordnung und in Anbetracht der Zugangswege für besonders benachteiligte Personengruppen sinnvoll und zielführend.

Der Flexibilisierung der Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen durch eine Aufhebung der zweijährigen Intervallregelung, der Altersgrenze von 35 Jahren und der nicht abschließenden Aufzählung von Zielkrankheiten steht der AWO Bundesverband positiv gegenüber. Dabei sollen auch die jeweiligen Erfordernisse in den verschiedenen Altersgruppen Berücksichtigung erfahren. Hierdurch wird den vielseitigen und differierenden Versorgungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten- namentlich auch der Menschen mit Behinderung - Rechnung getragen.

Zu Artikel 1 Nr. 13: § 26 SGB V
Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Die AWO begrüßt die mit dem Gesetzentwurf beabsichtigte Ausweitung der Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gefährden. Wir halten es für unverzichtbar, den Zielgruppenkreis auf versicherte Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten achtzehnten Lebensjahr auszudehnen. Hiermit erkennt der Gesetzgeber an, dass den Möglichkeiten zur Vermeidung von Risiken und Fehlentwicklungen im Kindes- und Jugendalter besonders effektiv begegnet werden kann. Außerdem kann bis zu diesem Lebensjahr einer erhöhten gesundheitlichen Vulnerabilität aufgrund von Wachstums- und Reifungsprozessen, aber auch aufgrund von Prägungen durch gesundheitsgefährdende Lebensstile des sozialen Umfeldes am wirksamsten be-

gegnet werden. In Anbetracht der Zunahme von lebensstilbedingten und psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist es zwingend erforderlich und aus unserer Sicht nur logisch, dass den Früherkennungsuntersuchungen ein weit gefasstes Gesundheitsverständnis zugrunde gelegt wird, das auch psychosoziale Aspekte der Krankheitsentstehung berücksichtigt.

Um entsprechende Konzepte entwickeln und realisieren zu können, spielt die Zusammenarbeit sowohl zwischen den verschiedenen Akteuren der Gesundheitspflege und der Jugendhilfe wie auch mit den Familien bzw. Kindern und Jugendlichen als Anspruchsberechtigte für Prävention eine zentrale Rolle. Darüber hinaus ist das System Schule als Lebensort von Kindern und Jugendlichen im Hinblick auf die Entwicklung und den Ausbau gesundheitsfördernder Strukturen in den Blick zu nehmen und zu gestalten.

Wir begrüßen das Vorhaben des Gesetzgebers, Familien künftig noch besser, zielgerichteter und frühzeitiger über niedrigschwellige und lebensweltliche Angebote der Gesundheitsförderung und über frühe Hilfen zu informieren und die Gesundheitskompetenzen in den Familien zu stärken. Allerdings vermissen wir konkrete Formulierungen, in welcher Weise die angesprochene Stärkung der Kompetenzen im Hinblick auf eine gesunde Lebensführung und Selbsthilfe, erreicht werden soll. Durch bloße Bereitstellung von Informationen und die Ausstellung einer Präventionsempfehlung werden insbesondere Zielgruppen mit hohem Hilfebedarf erfahrungsgemäß nicht adäquat erreicht. Es muss also darum gehen, neue Zugänge zu erproben, in Zusammenarbeit mit den Zielgruppen geeignete Angebote zu entwickeln und diese Angebote sinnvoll und zielführend in den jeweiligen Lebensalltag zu integrieren. Auch hier spielt die Zusammenarbeit von Diensten des Gesundheitswesens mit den sog. Regelsystemen Kita, Schule, Kinder- und Jugendhilfe eine entscheidende Rolle (Kontaktaufnahme, Erreichbarkeit, Bekanntheit, Erfahrungsbereich).

Die AWO hält es nicht für zielführend, die Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen einseitig in die Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten zu legen. Analog der Ausführungen zu § 25 Absatz 1 SGB V regt die AWO auch im Zusammenhang mit Präventionsangeboten für Kinder und Jugendliche an, verbindliche Regelungen zu treffen, die andere Fachprofessionen einbeziehen. Mit Blick auf die frühzeitige Erkennung von Risikopotentialen, vor allem auch bei Familien in benachteiligten Lebenslagen, und die Förderung ihrer Ressourcen ist es unabdingbar, alle Fachkräfte einzubeziehen, die mit diesen Familien zusammenarbeiten, beispielsweise Fachkräfte aus den Hilfen zur Erziehung wie Sozialpädagogischer Familienhilfe, Familienberatung, Familienbildung und Kindertagesbetreuung. Auch Familienpfleger/innen, Familienhebammen und Familiengesundheitspfleger/innen verfügen über spezifische Kompetenzen im Schnittfeld von Gesundheits- und Sozialpflege. Diese Kompetenzen einerseits ungenutzt zu lassen und andererseits naheliegende Zugänge nicht zu nutzen, läuft dem Anliegen des Präventionsgesetzes zuwider.

Wenn mit dem Gesetz beabsichtigt wird, die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu erhöhen, so auch die Gesundheitskompetenz von Familien, dann sind im Gesetzentwurf konkrete Maßnahmen bzw. Rechtsansprüche zu benennen, die eine solche Absicht rechtlich untermauern und inhaltlich füllen. Leider finden sich im gesamten Entwurf keine konkreten Quellen oder Hinweise. An dieser Stelle muss der Gesetzentwurf einen höheren Konkretisierungsgrad erreichen, wenn er mit mehr als nur deklaratorischem Wert ausgestattet werden und Wirkung erzielen soll.

Zu Artikel 1 Nr. 17: § 132f SGB V
Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte

Die AWO hält es für einen wichtigen und richtigen Schritt, dass die Rolle der Betriebsärztinnen und -ärzte im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung künftig grundsätzlich gestärkt werden soll. Über die Ermächtigung, Schutzimpfungen in Betrieben durchführen zu können, soll mit der Ausweitung der Befugnis der Betriebsärzte der niedrigschwellige und unbürokratische Zugang zu Gesundheitsuntersuchungen ermöglicht werden. Im Kontext dieser Untersuchungen muss jedoch die Unabhängigkeit des Arztes, dessen Verschwiegenheit gegenüber dem Arbeitgeber sowie der Schutz sensibler, personenbezogener Daten gewährleistet sein. Zudem muss die ärztliche Wahlfreiheit des Patienten/ der Patientin unangetastet bleiben.

Zu Artikel 1 Nr. 20: § 140f SGB V
Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

Die AWO begrüßt, dass die Expertise und der Sachverstand von Menschen mit Behinderungen in dem Beratungsprozess sowohl im Rahmen der Präventionskonferenz als auch im Rahmen des Präventionsforums eingebracht werden soll. Wir möchten jedoch darauf verweisen, dass die volle und gleichberechtigte Teilhabe bei der Entwicklung der nationalen Präventionsstrategie nur verwirklicht werden kann, wenn das in der UN-BRK verankerte sogenannte Konsultationsprinzip („Nicht ohne uns über uns“; Art. 4 Absatz 3) strukturell verankert wird.
Artikel 4 Absatz 3 der UN-BRK besagt:
„Bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften und politischen Konzepten zur Durchführung dieses Übereinkommens und bei anderen Entscheidungsprozessen in Fragen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, führen die Vertragsstaaten mit den Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kindern mit Behinderungen, über die sie vertretenden Organisationen enge Konsultationen und beziehen sie aktiv ein.“

Aus Sicht der AWO bleibt im Gesetzentwurf unklar, ob die Mitglieder gleichermaßen stimmberechtigt sind.

Zu Artikel 5 Nr. 1: § 16 SGB VIII
Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie

Die AWO befürwortet die Ergänzung in § 16 SBG VIII, dass Angebote der Familienbildung auch Maßnahmen umfassen, die der Stärkung der Gesundheitskompetenz dienen. Somit erhält die Wahrnehmung von Aufgaben der gesundheitlichen Prävention als niedrigschwelliges Angebot der Kinder- und Jugendhilfe eine gesetzliche Grundlage. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention sind vielfach bereits Angebot z.B. der Familienbildung. Unabdingbare Voraussetzung ist jedoch die Umsetzung eines aufwandsreduzierten Zertifizierungsverfahrens für Präventionskurse und die Bereitstellung entsprechender Ressourcen, z.B. durch eine regelhafte Beteiligung der Kostenträger des Gesundheitswesens am Ausbau einer flächendeckenden Infrastruktur für Angebote niedrigschwelliger, primärpräventiver und lebensweltorientierter Bildung für Kinder, Jugendliche und Familien. Die Kosten dieses Ausbaus können nicht einseitig zu Lasten der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) gehen,

denn die KJH steht nicht weniger als die Gesundheitshilfe unter einem enormen Kostendruck, wenn es um die Umsetzung präventiver Leistungen geht. Sie ist aber überzeugt, dass frühzeitige, salutogenetisch orientierte Ansätze rentabel sind für das Sozialleistungssystem insgesamt.
Allerdings führt die Verortung im § 16 SGB VIII dazu, dass es den örtlichen Bedingungen und dem dort herrschenden politischen Konsens – evtl. unter Hintanstellung von Aspekten der Chancengleichheit - überlassen bleibt, die Umsetzung zu vollziehen. Gesundheit ist aber ein Gut mit Verfassungsrang, entsprechend sind Präventionsleistungen im Bereich der Gesundheitshilfen verbindlicher/ verpflichtender und allen gleichermaßen zugänglich zu gestalten.

Zu Artikel 5 Nr. 2: § 45 SGB VIII
Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung

In § 45 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 werden die Wörter „in der Einrichtung unterstützt wird“ durch die Wörter „und ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld in der Einrichtung unterstützt werden“ ersetzt.

Der Absicht des Gesetzgebers die Erteilung der Betriebserlaubnis an das Vorhandensein gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen zu knüpfen ist aus Sicht der Arbeiterwohlfahrt grundsätzlich verständlich. Dies kann aber nur dann geschehen, wenn zeitgleich die Kostenträger verpflichtet werden, den so entstehenden Mehraufwand auch finanziell zu tragen. Gerade im Bereich der Kindertageseinrichtungen wird aktuell eine sehr intensive Debatte um die Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen geführt (Bundesqualitätsgesetz). Dabei ist deutlich geworden, dass die strukturellen Rahmenbedingungen in keinem Bundesland den fachwissenschaftlichen Empfehlungen entsprechen. Des Weiteren zeigt sich eine erhebliche Spannbreite zwischen den Bundesländern. Mit dem Gesetzesentwurf sollen jetzt weitere unzureichend definierte Anforderungen durch die Einrichtungen erbracht werden ohne dass hierfür entsprechende Mittel vorgesehen sind.

Zu Artikel 6 Nr. 1: § 5 SGB XI
Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

Obwohl mit Einführung der Pflegeversicherung der Grundsatz “Prävention vor Rehabilitation vor Pflege“ gesetzlich verankert wurde, ist eine eklatante Unterversorgung mit Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in dieser Zielgruppe zu konstatieren. Insofern begrüßt die AWO, dass der Gesetzgeber in dem vorliegenden Entwurf Prävention und Gesundheitsförderung als eine zentrale und wichtige Leistung für pflegebedürftige Menschen anerkennt. Anders als bei den Präventionsleitungen für Kinder und Jugendliche konzentrieren sich die Leistungen bei dieser Zielgruppe auf lebensweltliche Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Auch wenn wir die Position vertreten, dass die Träger von Pflegeeinrichtungen und Diensten in der Verantwortung stehen, gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen, möchten wir darauf verweisen, dass darüber hinausgehende Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung Aufgabe der Krankenversicherung sind und somit konsequenterweise auch in deren Finanzierungsverantwortung liegen. Das

Vorhaben, Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung bei der Zielgruppe der Pflegebedürftigen durch Mittel der Pflegeversicherung zu finanzieren, lehnen wir aus diesem Grund strikt ab. Die Pflegeversicherung ist als Teilkaskoversicherung schon heute lediglich darauf reduziert, nur den Grundversorgungsbedarf der Pflegebedürftigen abzudecken. Die auch in den kommenden Jahren steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen wird die Ausgaben der Pflegeversicherung weiter in die Höhe gehen lassen. Dann werden die finanziellen Grundlagen der Pflegeversicherung kaum noch ausreichen, um den genannten Grundpflegebedarf abzudecken. Werden künftig nun auch "artfremde" Leistungen durch die Pflegeversicherung mit finanziert, für die eigentlich andere Sozialversicherungsträger zuständig sind, wird das zu einer Reduktion der heute bestehenden Leistungen der Pflegeversicherung führen. Umso höher wird die Eigenbeteiligung der Bevölkerung bei den Grundleistungen des SGB XI sein müssen, die heute noch durch die Pflegeversicherung abgedeckt werden.
Wie z. B. auch beim Thema der medizinischen Rehabilitation ist auffällig, das speziell bei älteren und pflegebedürftigen Menschen immer wieder versucht wird, Leistungen der Krankenversicherung in die Pflegeversicherung zu verlagern, was einer klaren Benachteiligung dieser Zielgruppe entspricht und ethisch nicht vertretbar ist.

Jetzt über das Präventionsgesetz Einzelmaßnahmen der Prävention im Bereich der Pflege - und dann auch ausschließlich im (teil-) stationären Bereich - einzuführen, entbehrt einer gewissen Systematik und Logik. Grundsätzlich benötigen wir ein anderes Pflegeverständnis, das Aktivierung und Ressourcenorientierung zum grundlegenden Paradigma der Pflege macht. Aktivierende und ressourcenorientierte Pflege ist in hohem Maße personal- und zeitintensiv. Mit den heutigen Rahmenbedingungen der Pflege und 30 Cent je Versichertem für Präventionsleistungen in diesem Setting kann eine solche Pflege kaum umgesetzt werden.

Die AWO hält eine Erweiterung der Leistungen nach § 5 SBG XI für den ambulanten, häuslichen Bereich für zwingend geboten. Wir stimmen nicht der Position der Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates zu, dass mit § 3 (Vorrang der ambulanten vor der stationären Pflege) der ambulante Bereich automatisch mitinbegriffen ist. Der Arbeiterwohlfahrt ist wichtig, dass Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderung besonders auch im Vorfeld von Krankheit und Pflegebedürftigkeit und v.a. in der vertrauten Wohnumgebung, die eines der wichtigsten Settings überhaupt darstellt, ansetzen muss. Bei der im Gesetzentwurf angesprochenen Zielgruppe liegt aber bereits eine festgestellte Pflegebedürftigkeit vor und die Personen leben in (teil-)stationären Pflegesettings. Speziell bei älteren und alten Menschen braucht es ein breites Verständnis von Prävention, das der komplexen Lebenslagenproblematik im Alter gerecht wird. Häufig wirkt sich das Wechselspiel von psychischen, körperlichen, finanziellen und sozialen Faktoren negativ auf den Gesundheitszustand aus wie auch auf das Risiko pflegebedürftig zu werden. Präventionsmaßnahmen müssen an diesen vielfältigen Bedingungen ansetzen, am sinnvollsten sollten diese Maßnahmen im vertrauten häuslichen Umfeld erfolgen. Skandinavische Länder, v.a. Dänemark haben mit der Einführung präventiver Hausbesuche die Zahl der gesunden Jahre der Altenbevölkerung steigern können. Es liegen also bereits erprobte und sinnvolle Instrumente für zielgerichtete Präventionsmaßnahmen im Alter vor.

Wir wollen zu bedenken geben, dass wenn die Leistungen der aktivierenden Pflege unberührt sein sollen gegenüber den geplanten Präventionsleistungen, dass dann diese Leistungen definitorisch und inhaltlich voneinander abgegrenzt werden müss-

ten. Aus dem Gesetzentwurf geht weder hervor, dass eine solche Abgrenzung erfolgen soll, noch wird überhaupt eine Definition präventiver Leistung der Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigkeit, auch nicht hinsichtlich der Verwendung der 30 Cent je Versichertem deutlich. Hier wäre eine Klarstellung durch den Gesetzgeber wünschenswert.

Darüber hinaus fehlen Überlegungen der Anschlussfähigkeit gegenüber einem weiteren Reformprojekt der Bundesregierung, der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, hier insbesondere auch auf den neuen Bedarfsgrad 1.

Zu Artikel 6 Nr. 2: § 18 SGB XI
Feststellung des Leistungsanspruchs

Auch wenn wir uns ausdrücklich gegen eine *finanzielle* Belastung der Pflegeversicherung an der Förderung der Prävention aus den genannten Gründen aussprechen, halten wir es für dringend geboten, die Pflegekassen an der nationalen Präventionsstrategie und -konferenz zu beteiligen. Die Beteiligung sollte grundsätzlich inhaltlich und mit Blick auf die entsprechenden Zielgruppen entschieden werden und nicht danach, ob eine finanzielle Beteiligung erfolgt.

Sollte an einer Einbeziehung der Pflegekassen in die Finanzierung von Präventionsleistungen jedoch festgehalten werden, geben wir zu bedenken, dass damit jeder Pflegebedürftige, der pflegeversichert ist, auch grundsätzlich Anspruch auf diese Leistungen hat, somit auch Pflegebedürftige, die zu Hause leben. Die Feststellung durch den Medizinischen Dienst der Pflegekassen kann sich insofern nicht auf den leistungsrechtlichen Anspruch von Pflegebedürftigen in (teil-)stationären Einrichtungen beziehen, sondern allenfalls auf die tatsächliche Notwendigkeit und die inhaltliche Ausrichtung der Maßnahme. Zudem bedarf es einer Nachschulung des begutachtenden Personals, hinsichtlich zielgruppenspezifischer Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung und der vorhandenen geeigneten Angebote. Dies setzt auch eine Kooperation und Vernetzung der Gutachter mit den Akteuren der lebensweltorientierten Gesundheitsförderung und Prävention voraus.

Zu Artikel 6 Nr. 4: § 45 SGB XI
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Die AWO begrüßt ausdrücklich, dass die Inhalte der bereits vorhandenen Pflegekurse um den Aspekt der Prävention und Gesundheitsförderung erweitert werden sollen. Pflegenden Angehörigen sollen Wissen und Informationen an die Hand gegeben werden, mit denen sie den Eintritt von Gesundheitsrisiken vermeiden bzw. diesen vorbeugen können. Da den Pflegekursen und -schulungen mit dem Ziel der Entlastung der pflegenden Angehörigen ein so hoher Stellenwert beigemessen wird, würden wir es auch begrüßen, diese mit einem Rechtsanspruch zu versehen. Dies käme dann auch einer Würdigung der geleisteten Pflegearbeit gleich.

Zu Artikel 8: § 34 SGB XI
Änderung des Infektionsschutzgesetzes

In § 34 Absatz 10a neu sieht der Gesetzesentwurf vor, dass Personensorgeberechtigte vor der Erstaufnahme in eine Einrichtung den Nachweis über eine ärztliche Beratung bezüglich des Impfschutzes ihres Kindes zu erbringen haben. Die Länder sollen bestimmen, welche Inhalte dieser Nachweis enthalten muss und zu welchem Zeitpunkt diese Beratung stattgefunden hat. Wenn im Zuge dieses Nachweises landesrechtlich auch Informationen über den Impfstatus erhoben werden, sollen Einrichtungen dies zur Einsicht durch die Gesundheitsämter vorhalten. Weitergehende landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt.

Die Zugänglichkeit von Informationen über Impfungen und eine unabhängige Beratung von Personensorgeberechtigten zum Impfschutz wird von der Arbeiterwohlfahrt grundsätzlich begrüßt. Die Vorgabe, Impfbescheinigungen in den Einrichtungen vorzuhalten und zu archivieren, ist aus datenschutzrechtlichen Gründen abzulehnen. Auch wird durch eine solche Vorgabe ein erhöhter Aufwand erforderlich. Besonders problematisch erscheint jedoch, dass die Daten zukünftig nicht mehr bei den Erziehungsberechtigten abzufragen sind, sondern bei den Einrichtungen. Landesrechtliche Regelungen, die auch einen Nachweis über den Impfstatus vorsehen, werden ausdrücklich offen gelassen. Hiermit entsteht der Eindruck als wolle der Gesetzgeber eine Impfpflicht gewissermaßen durch die Hintertür einführen. Unbenommen der grundsätzlichen Bewertung von Impfpflicht erscheint es nicht sinnvoll, die Kindertageseinrichtungen zu Erfüllungsgehilfen eines solchen durchaus umstrittenen Ansinnens zu machen. Es ist zu bedenken, dass Impfungen aus religiösen wie weltanschaulichen Gründen sehr unterschiedlich eingeschätzt werden.

AWO Bundesverband
Berlin, den 20.04.2015

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(16)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
20.04.2015

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-0
FAX (030) 2700406-222
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V.

vom 20.04.2015

zum

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

BT-Drs. 18/4282

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung 4

II. Detailkommentierung 7

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 7

§ 20 Abs. 2 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung 7

§ 20 Abs. 3 9

§ 20 Abs. 6 11

§ 20a Abs. 1 Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten 13

§ 20a Abs. 3 und 4 15

§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung 18

§ 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren 19

§ 20d Abs. 1 Nationale Präventionsstrategie 20

§ 20d Abs. 2 21

§ 20e Abs. 1 Nationale Präventionskonferenz 22

§ 20f Abs. 1 Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie 23

§ 20f Abs. 2 24

§ 20g Abs. 1 Modellvorhaben 26

§ 23 Abs. 2 Medizinische Vorsorgeleistungen 27

§ 24d Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe 28

§ 25 Abs. 1 Gesundheitsuntersuchungen 30

§ 25 Abs. 3 33

§ 26 Abs. 1 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche 34

§ 65a Abs. 1 und 2 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten 37

Artikel 2 – Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 38

§ 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten 38

§ 20b Abs. 3 Betriebliche Gesundheitsförderung 40

§ 20b Abs. 4 41

Artikel 6 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch 42

§ 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation 42

§ 113a Expertenstandards zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege 46

Artikel 7 – Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch 48

§ 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation 48

III. Weiterer Änderungsbedarf 50

I. Vorbemerkung

Der BKK Dachverband begrüßt grundsätzlich den Gesetzentwurf zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG), denn der soziale und demographische Wandel und die sich damit ändernden Lebens- und Arbeitsbedingungen werden begleitet von einem Anstieg chronischer und nicht-übertragbarer Erkrankungen.. Da dies zu höheren Kosten für das Gesundheitssystem sowie zu Produktivitätseinbußen in den Unternehmen und in unserer Wirtschaft insgesamt führt, ist es richtig, der Gesundheitsförderung und der Prävention einen größeren Stellenwert einzuräumen.

Die **Erhöhung des Richtwertes** auf sieben Euro eröffnet vielen Kassen im BKK System, die sich schon bisher stark bei Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung engagieren, einen größeren finanziellen Spielraum. Um ein gewünschtes, aber häufig seitens der Aufsicht beschränktes, Agieren zu ermöglichen, sollte - unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots - mit der gesetzlichen Regelung darüber hinaus eine unbegrenzte Überschreitung dieses Richtwertes vorgesehen werden.

Die Forderung des Gesetzgebers nach einem **Mindestbetrag** für Präventionsausgaben können die Betriebskrankenkassen nachvollziehen. Die vorgesehene **Quotierung** lehnen sie jedoch ab: sie nimmt den Kassen die Möglichkeit, Gelder gezielt in denjenigen Lebensräumen einzusetzen, wo sie konkret benötigt werden. Sie zwingt ferner zur Verausgabung von Finanzmitteln, selbst wenn die notwendigen „Nachfragestrukturen“ (noch) fehlen.

Diese Fehlanreize zur Verausgabung der Gelder nach dem „Gießkannenprinzip“ werden noch dadurch verstärkt, dass die **nicht verausgabten Mittel** für die betrieblichen Gesundheitsförderung sowie im Bereich der Pflegeversicherung an den GKV-Spitzenverband fließen sollen, der diese wiederum verteilt. Dies führt zum Aufbau überflüssiger bürokratischer Strukturen, eine effiziente Mittelverwendung ist so nicht sichergestellt.

Alternativ schlagen die Betriebskrankenkassen daher folgende Regelungen vor: Der Mindestbetrag wird auf 3 Euro festgesetzt und kann insgesamt für Leistungen nach § 20a und § 20b ausgegeben werden. Die in einem Jahr nicht verausgabten Mittel dürfen von der Einzelkasse zunächst auf das Folgejahr übertragen werden. Können diese Mittel auch dann nicht verausgabt werden, fließen sie dem jeweiligen Kassenartensystem zu, dessen Verbände die Gelder gezielt und auf Basis des konkreten regionalen Bedarfs einsetzen. So wird zum einen gewährleistet, dass keine unnötige Bürokratie beim GKV-Spitzenverband in Form einer Mittelsammel- und -verteilungsstelle aufgebaut wird. Zum anderen werden die Finanzmittel vor Ort und mit den Kenntnissen der regionalen Bedürfnisse und Besonderheiten zielgerichtet eingesetzt.

Die Etablierung der **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (BZgA) als „Unterstützungsinstitution“ im Bereich der Lebenswelten und die damit verbundene Rolle des GKV-Spitzenverbandes als „Vertragspartner“ lehnen wir ab. Insbesondere die vorgesehene pauschale Zwangsfinanzierung der BZgA aus Beitragsgeldern ist ordnungspolitisch strikt abzulehnen. Damit würde sich der Haushalt der BZgA zu einem erheblichen Teil aus Sozialversicherungsbeiträgen speisen. Eine solche Quersubventionierung einer dem Bundesministerium für Gesundheit nachgeordneten obersten Bundesbehörde entließe den Bund aus der Verantwortung, seine Behörden entsprechend selbst zu finanzieren. Der Aufbau einer solchen Struktur wirft zudem viele Detailfragen wie z.B. im Hinblick auf eine ausgewogene, transparente und am regionalen Bedarf orientierte Verteilung der Finanzmittel. Weder der GKV-Spitzenverband noch die BZgA sind regional präsent. Sie kennen nicht die konkret vor Ort anliegenden Präventionserfordernisse und müssten sich zur Ausführung ihrer Aufgaben daher Dritter bedienen – ein unnötiger Umweg, den es zu vermeiden gilt.

Stattdessen sollten die Partner der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f die BZgA beauftragen können, wenn sie bei der Umsetzung der in der Landesrahmenvereinbarung konsentierten Maßnahmen konkreten Unterstützungsbedarf sehen. Hierdurch würde sichergestellt, dass Entscheidungen und Projekte von den Beteiligten schnell und direkt umgesetzt werden können.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an der BZgA und ihrer Finanzierung aus GKV-Beitragsgeldern festhalten, muss die Höhe der vorgesehenen Finanzmittel reduziert werden. Bedenkt man, dass für die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung im Haushalt der BZgA im Jahr 2015 insgesamt 16,3 Mio. Euro veranschlagt werden (siehe Haushaltsplan 2015 des BMG, Planungsposition 1504), erscheint die vorgesehene Finanzsumme in Höhe von 35 Mio. Euro unverhältnismäßig hoch. Kritisch ist dies auch vor dem Hintergrund, dass dieser Summe noch keine konkreten Maßnahmen gegenüber stehen. Um also zu vermeiden, dass der GKV Finanzmittel „auf Halde“ entzogen werden, schlagen die Betriebskrankenkassen vor, den **GKV-Beitrag für die BZgA deutlich zu reduzieren**. Selbst bei einem Betrag von 20 Cent je Versicherten würden der BZgA immerhin noch Mittel in Höhe von rd. 14 Mio. Euro zukommen.

Zwar hat der Gesetzentwurf das Thema Prävention und Gesundheitsförderung als **gesamtgesellschaftliche Aufgabe** im Blick. Dennoch fordern die Betriebskrankenkassen, im Gesetzentwurf noch stärker als bisher klarzustellen, dass auch die weiteren Akteure ihrer finanziellen Verantwortung und damit der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe Prävention gerecht werden. Denn die Erfahrung mit vielen erfolgreichen Projekten z.B. im Bereich der außerbetrieblichen Lebenswelten zeigt, dass Erfolge nur dann nachhaltig erzielt werden können, wenn alle relevanten Akteure ihren Bedarf und die darauf abgestellten Ziele selbst festlegen, sich selbst organisieren und verbindlich Verantwortung übernehmen.

Dass die Kompetenz von **Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit** zur Früherkennung von Erkrankungen besser genutzt werden soll, führt zu einer sinnvollen Verzahnung für eine verbesserte Versorgung der Versicherten und ist daher grundsätzlich zu begrüßen. Die Betriebskrankenkassen sprechen sich jedoch dringend für eine gesetzliche Klarstellung dahingehend aus, dass die Beteiligung der Betriebsärzte und Fachkräfte freiwillig als ergänzende Leistung der Krankenkassen erfolgt. Da Betriebsärzte nach den Vorgaben des Arbeitssicherheitsgesetzes zur Unterstützung des Arbeitsgebers beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung bestellt und finanziert werden müssen, kann eine verpflichtende Leistung und zwangsweise Vergütung zu einer Doppelfinanzierung und höheren Kosten für die GKV führen.

Die Betriebskrankenkassen unterstützen ausdrücklich auch die Intention des Gesetzgebers, den Zugang speziell von **kleinen und mittelständischen Betrieben** (KMU)zu Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung auszubauen. Hierfür sollen bereits vorhandene Strukturen genutzt werden. Der Aufbau einer „physischen“ Koordinierungsstelle ist jedoch nicht der richtige Weg. Vielmehr müssen sich die Kassen vor Ort auf praxisgerechte Organisationsstrukturen verständigen, die dem Informations- und Beratungsbedarf der Betriebe gerecht werden. Darüber hinaus sollten zur Steigerung der Inanspruchnahme von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in KMU die derzeitigen Verfahren zur steuerlichen Berücksichtigung von BGF-Maßnahmen entbürokratisiert werden.

Mit der Einrichtung einer **nationalen Präventionsstrategie** und einer nationalen Präventionskonferenz greift der Gesetzentwurf einen Vorschlag der Betriebskrankenkassen auf. Mit dieser institutionellen Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention als eine wichtige Säule im deutschen Gesundheitswesen besteht die Chance, die sozialen und demographischen anzugehen. Dabei ist jedoch entscheidend, dass sich alle Akteure an gemeinsam beschlossenen, ausgabewirksamen Entscheidungen finanziell beteiligen. Abgelehnt wird der Vorschlag, die **Geschäftsführung der Nationalen Präventionskonferenz** der BZgA zu überantworten. Eine solche gesetzliche Festlegung bedeutet einen schwerwiegenden Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz sollen die Geschäftsführung vielmehr in eigener Verantwortung regeln können. Das einmal im Jahr stattfindende Präventionsforum bezieht dabei die Fachöffentlichkeit ein. Dies stellt sicher, dass alle zuständigen Akteure in unserem Land eingebunden werden, um Lösungen für die o.g. Auswirkungen auf unsere Gesellschaft zu erarbeiten.

II. Detailkommentierung

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 4

§ 20 Abs. 2 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverstandes sowie des Sachverstandes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte und übermitteln ihm nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten.

a) Gewünschte Änderung

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort *„Behinderung“* die Wörter *„Ziele sowie“* und nach dem Wort „einheitliche“ das Wort „prioritäre“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort *„außerdem“* die Wörter *„unter Einbeziehung der Kooperationsgemeinschaft zur kassenartenübergreifenden Prüfung von Präventionsangeboten nach § 20 Abs. 1“* eingefügt.

cc) In Satz 2 wird das Wort *„Zertifizierung“* durch das Wort *„Qualitätssicherung“* ersetzt.

b) Begründung

aa) Seit 2008 richten die Krankenkassen ihre Präventionsaktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung und im Setting-Ansatz an bundesweit gültigen Zielen aus. Die Krankenkassenverbände auf Bundesebene haben die Ziele konsentiert,

und der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat sie beschlossen. Sie sind veröffentlicht im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes. Speziell für die betriebliche Gesundheitsförderung erfolgte die Zielauswahl nach einem von der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) entwickelten Verfahren (Bindzius, F.; Bödeker, W. u.a.(2005). Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen. iga-Report 8. Berlin und Essen http://iga-info.de). Diese Vereinbarung der Ziele und damit die Ausrichtung der Maßnahmen der Kassen an diesen Zielen haben sich bewährt und müssen daher weiterhin möglich sein.

Die Aufnahme des Wortes „prioritäre“ entspricht dem bisherigen Gesetzestext. Diese Formulierung ließe den Kassen den nötigen Handlungsspielraum, um auch neue wissenschaftliche Erkenntnisse in ihre Leistungen für Prävention und Gesundheitsförderung einfließen zu lassen. Die Berücksichtigung von Innovationen kann nötig sein, um Leistungen anbieten zu können, die passgenau für die entsprechenden Gegebenheiten vor Ort sind.

bb) In Bezug auf die Vorgaben für die Anforderungen an ein einheitliches Verfahren der Qualitätssicherung von Leistungsangeboten sollte die bestehende Kooperationsgemeinschaft zur kassenartenübergreifenden Prüfung von Präventionsangeboten nach § 20 Abs. 1 („Zentrale Prüfstelle Prävention“) einbezogen werden. Mit ihrer Gründung stellen die gesetzlichen Krankenkassen einen einheitlichen Qualitätsstandard sicher.

Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass zusätzlich zu der geforderten Veröffentlichung der zertifizierten Leistungsangebote über die Internetseite des Spitzenverbandes Bund die Versicherten auch weiterhin über die Internetseiten der Krankenkassen informiert werden können.

cc) Die Betriebskrankenkassen befürworten eine Ausrichtung der Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung an klaren und verbindlichen Qualitätsgrundsätzen. Allerdings unterstellt der Begriff „Zertifizierung“, dass eine Standardisierung von Leistungen in allen Bereichen möglich ist. Im Gegensatz zu Individualprävention ist dies für Verfahren und Maßnahmen in den außerbetrieblichen Lebenswelten und insbesondere in der betrieblichen Gesundheitsförderung aber nicht grundsätzlich der Fall. Insbesondere Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung müssen an den spezifischen betrieblichen Bedarf ausgerichtet werden. Damit sind Standardisierungen wie im Bereich der Individualprävention enge Grenzen gesetzt. Diesem Sachverhalt wird der Begriff „Qualitätssicherung“ gerecht, der es ermöglicht, nicht nur einzelne Maßnahmen, sondern auch Prozesse zu beurteilen. Außerdem gibt er den Kassen den nötigen Handlungsspielraum, auch niederschwellige Angebote im Rahmen eines ganzheitlichen Entwicklungsansatzes sowie innovative Maßnahmen unterstützen zu können.

§ 20 Abs. 3

(3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:

1. *Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,*
2. *Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,*
3. *Tabakkonsum reduzieren,*
4. *gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,*
5. *gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,*
6. *depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln und*
7. *gesund älter werden.*

Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 1 bis 3 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 21. März 2005 (BAnz. S. 5304) festgelegt sind. Bei der Berücksichtigung der in Satz 1 Nummer 4 bis 7 genannten Ziele werden auch die Ziele und Teilziele beachtet, die in der Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (BAnz. AT 26.03.2013 B3) festgelegt sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berücksichtigt auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.

a) Gewünschte Änderung

Absatz 3 wird gestrichen und ersetzt durch:

„Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 definiert der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Präventions- und Gesundheitsförderungsziele in einem systematischen Prozess auf epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlicher Basis. Dabei berücksichtigt er die gemeinsamen Ziele der Nationalen Präventionsstrategie nach § 20d Absatz 2 und die von der nationalen Arbeitsschutzkonferenz entwickelten Arbeitsschutzziele. Darüber hinaus kann er weitere Zielinitiativen von bundesweiter Bedeutung berücksichtigen.“

b) Begründung

Die im Gesetzentwurf vorgegebene detaillierte Bezugnahme auf die nationalen Gesundheitsziele des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ wird abgelehnt. Der privatrechtliche Kooperationsverbund mit einem heterogenen Kreis an Mitgliedern mit z.B. starken Anbieterinteressen, besitzt keine ausreichende Legitimation, die präventiven Leistungen der GKV in diesem Maß zu steuern. Zudem gehen diese Ziele weit über die Aufgaben der Krankenkassen hinaus.

§ 20 Abs. 6

(6) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen insgesamt im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,17 Euro und ab dem Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 7 Euro umfassen. Ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens 2 Euro jeweils für Leistungen nach §§ 20a und 20b auf. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.

a) Gewünschte Änderung

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Dieser Richtwert kann unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots unbegrenzt überschritten werden."

bb) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3 und wird wie folgt gefasst:

„Ab dem Jahr 2017 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens 3 Euro insgesamt für Leistungen nach §§ 20a und 20b auf.

cc) folgender Satz 4 wird eingefügt:

„Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Wert nach Satz 2, verwendet die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr. Die auch im Folgejahr nicht verausgabten Mittel stellen die Kassen den Verbänden der jeweiligen Kassenart zur Verfügung, die diese Mittel bedarfsgerecht für entsprechende Maßnahmen einsetzen."

dd) Der bisherige Satz 4 wird Satz 5 und wie folgt geändert:

„Die Wörter „nach den Sätzen 1 und 2" werden geändert in „nach den Sätzen 1 und 3"

b) Begründung

aa) Die mit der Anhebung des Richtwertes verbundene Ausweitung des Engagements der Krankenkassen in der primären Prävention und Gesundheitsförderung wird begrüßt. Vor dem Hintergrund, dass die Aufsicht in der Vergangenheit eine Überschreitung des Richtwertes reglementiert und begrenzt hat, ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich, dass eine Überschreitung des Richtwertes unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots unbegrenzt möglich ist.

bb) Die Forderung nach Mindestbeträgen können die Betriebskrankenkassen zwar grundsätzlich nachvollziehen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass Mindestbeträge –

insbesondere in Verbindung mit der abzulehnenden Zwangsabgabe von nicht verausgabten Mitteln – dazu führen können, dass die Kassen, um eine Abführung zu vermeiden, die Mittel „mit der Gießkanne“ und damit nicht bedarfsgerecht ausgeben.

Die Betriebskrankenkassen lehnen eine Quotierung der Ausgaben für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie zur Gesundheitsförderung in Betrieben ab, denn Quoten bedeuten einen Eingriff in die Finanz- und Entscheidungsautonomie der Krankenkassen.

Alternativ schlagen wir daher vor, den Mindestbetrag ohne Quotierung auf 3 Euro festzusetzen und den Kassen so die Möglichkeit zu geben, den Betrag frei auf die Leistungen nach § 20a und § 20b zu verteilen. Dies ist sachgerecht, denn viele Kassen engagieren sich konkret anhand der Bedürfnisse bei sich vor Ort - z.T. schwerpunktmäßig im Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung oder in den weiteren Lebenswelten. Dies sollte den Kassen auch weiterhin möglich sein.

Die Verausgabung der Mittel soll zielgerichtet, bedarfsbezogen und qualitätsgesichert erfolgen. Dafür bedarf es jedoch zunächst des Ausbaus geeigneter Strukturen auch durch weitere beteiligte Akteure. Den Kassen sollte daher die Gelegenheit gegeben werden, dass die Mindestausgaben entsprechend des Ausbaus anwachsen können und erst 2017 die vorgesehene Mindesthöhe erreichen müssen.

cc) Eine zwangsweise Abführung nicht verausgabter Mittel an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen – wie es der Gesetzentwurf in § 20 b Abs. 4 für die Mittel zur betrieblichen Gesundheitsförderung vorsieht - wird abgelehnt. Der Zwang zur Abgabe setzt Anreize, Gelder nach dem Gießkannenprinzip und damit nicht bedarfsgerecht und zielgerichtet auszugeben. Die Verteilung der Mittel über den GKV-Spitzenverband führt zum Aufbau weiterer unnötiger Bürokratie. Zudem fehlt dem GKV-Spitzenverband im Rahmen der Prävention das Wissen über regionale Strukturen und Projekte, so dass eine Mittelverteilung durch ihn und zudem durch einen von ihm festzulegenden Schlüssel nicht zielführend ist.

Die Betriebskrankenkassen schlagen stattdessen vor, dass die nicht verausgabten Mittel aus Satz 2 zunächst innerhalb der Kasse auf das Folgejahr übertragen werden. Können diese Mittel auch dann nicht verausgabt werden, fließen sie dem jeweiligen Kassenartensystem zu. So wird gewährleistet, dass die Mittel vor Ort und mit den Kenntnissen der regionalen Bedürfnisse und Besonderheiten gezielt eingesetzt werden.

Nr. 5

§ 20a Abs. 1 Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

(1) Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind 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. Die Krankenkassen fördern unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonderes erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen.

a) Gewünschte Änderung

aa) In Satz 2 wird das Wort *„Strukturen“* durch das Wort *„Verhältnisse“* ersetzt.

bb) Satz 3 wird gestrichen.

b) Begründung

aa) Es wird begrüßt, dass der Gesetzgeber in Satz 2 regelt, dass auch andere Verantwortliche ihre Aufgaben wahrnehmen und insbesondere finanzieren müssen. Zur Unterstützung und Klarstellung dieser Aussage schlagen die Betriebskrankenkassen vor, das Wort „Verhältnisse“ zu verwenden. Dieses macht deutlich, dass eine Förderung gemäß des Handlungsleitfadens Prävention gemeint ist und nicht von z.B. kommunalen Aufgaben wie Sporthallen oder Schwimmbäder.

bb) Durch diese Regelung wären die Krankenkassen verpflichtet, in allen Lebenswelten Gesundheitsberichte mit Potenzialanalysen zu erstellen. Dies ist in dieser Ausgestaltung aus verschiedenen Gründen abzulehnen. In vielen Lebenswelten, z.B. in Stadtteilen, ist nicht Aufgabe der GKV, solche Daten zu erheben. Dies ist originäre Aufgabe der Kommunen. Zudem kann es darüber hinaus nicht alleinige Aufgabe der GKV sein, solche Daten zu erheben. Hier wären zwingend zumindest die Beteiligten an den Rahmenvereinbarungen nach § 20f zu beteili-

gen. Zudem wäre es zielführender, dass die Analyse zeitlich vor der Vereinbarung der Rahmenvereinbarungen erfolgt, damit die Ergebnisse der Analyse in die Vereinbarungen einfließen können. Der BKK Dachverband schlägt daher vor, die Regelung in § 20f Abs. 1 zu übernehmen.

§ 20a Abs. 3 und 4

(3) 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 Lebenswelten älterer Menschen und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2016 insbesondere mit der Entwicklung krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Auftrag die nach § 20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie die in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f jeweils getroffenen Festlegungen zugrunde. Im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geeignete Kooperationspartner heranziehen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellt sicher, dass die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen geleistete Vergütung ausschließlich zur Durchführung des Auftrags nach diesem Absatz eingesetzt wird und dokumentiert dies nach Maßgabe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

(4) Das Nähere über die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach Absatz 3, insbesondere zum Inhalt und Umfang, zur Qualität und zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit sowie zu den für die Durchführung notwendigen Kosten, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstmals bis zum 30. Oktober 2015. Kommt die Vereinbarung nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 zustande, erbringt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 unter Berücksichtigung der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 20 Absatz 2 Satz 1 festgelegten Handlungsfelder und Kriterien sowie unter Beachtung der in den Rahmenvereinbarungen nach § 20f getroffenen Festlegungen und des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in seiner Satzung das Verfahren zur Aufbringung der erforderlichen Mittel durch die Krankenkassen. § 89 Absatz 3 bis 5 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

a) Gewünschte Änderung

Die Absätze 3 und 4 werden gestrichen und wie folgt neu gefasst:

(3) Zur Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben und zur Sicherstellung einer einheitlichen, kassenübergreifenden Leistungserbringung können die Beteiligten der Rahmenvereinbarungen nach § 20f und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2016 Vereinbarungen zu kassenübergreifenden Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen

der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen treffen.

(4) Das Nähere der Vereinbarungen nach Absatz 3, insbesondere zum Inhalt und Umfang, zur Qualität, zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der durchzuführenden Leistungen sowie zu den für die Durchführung notwendigen Kosten und deren Aufteilung regeln die Beteiligten der Rahmenvereinbarungen nach § 20f und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in gegenseitigen Verträgen.

b) Begründung

Die verpflichtende Beauftragung der BZgA durch den GKV-SV und die Zwangsfinanzierung durch die Kassen lehnen die Betriebskrankenkassen entschieden ab. Denn die BZgA ist denkbar ungeeignet, entsprechende Konzepte zu entwickeln, da sie als Bundesbehörde über keinerlei regionale Strukturen und Kenntnisse vor Ort verfügt, die zur Umsetzung notwendig sind. Die im Gesetz vorgesehene Regelung, wonach die BZgA geeignete Kooperationspartner heranziehen soll, führt zu unnötiger Bürokratie und Doppelstrukturen. Wenn die Stärkung kassenübergreifender Maßnahmen gewollt ist, wäre die Durchführung nach dem Vorbild der Selbsthilfeförderung wesentlich sachgerechter.

Demgegenüber kann es durchaus sinnvoll sein, dass sich die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben der Unterstützung Dritter freiwillig je nach Bedarf bedienen können. Die Betriebskrankenkassen schlagen deshalb vor, dass die Krankenkassen bzw. die Beteiligten der Rahmenvereinbarungen nach § 20f für einzelne Maßnahmen freiwillig Verträge mit der BZgA oder direkt mit einem durch diese sonst beauftragten Dienstleister über eine diesbezügliche Zusammenarbeit schließen können. Dies würde sicherstellen, dass die finanziellen Mittel bedarfsgerecht in den jeweiligen Lebenswelten ankommen. Die vorgeschlagene Lösung ist wesentlich bürokratieärmer, da die Beteiligten direkt miteinander die Verträge passgenau abschließen können und es damit weder der Einbeziehung des GKV-Spitzenverbandes noch der Umverteilung von finanziellen Mitteln bedarf.

Sollte der Gesetzgeber an der rechtwidrigen Beauftragung der BZgA festhalten, wäre Absatz 4 dahingehend zu ändern, dass bei Nichtzustandekommen der Vereinbarung nicht die BZgA - dann gänzlich ohne Auftrag nach eigenem Gutdünken – über die Verwendung der Versichertengelder entscheidet. In diesem Fall sollten vielmehr, die Landesverbände, die Rahmenvereinbarungen nach § 20 f geschlossen haben, die BZgA beauftragen können.

Darüber hinaus weist der BKK Dachverband darauf hin, dass auch der GKV-Spitzenverband nicht die geeignete Institution ist, über die Verwendung von Beitragsgeldern Regelungen zu treffen. Dies ist eine originäre Aufgabe der einzelnen Kassen und ihrer Verbände und muss bei diesen verbleiben.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an der BzGA und ihrer Finanzierung aus GKV-Beitragsgeldern festhalten, muss die Höhe der vorgesehenen Finanzmittel reduziert werden. Bedenkt man, dass für die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung im Haushalt der BZgA im Jahr 2015 insgesamt 16,3 Mio. Euro veranschlagt werden (siehe Haushaltsplan 2015 des BMG, Planungsposition 1504), erscheint die vorgesehene Finanzsumme in Höhe von 35 Mio. Euro unverhältnismäßig hoch. Kritisch ist dies auch vor dem Hintergrund, dass dieser Summe noch keine konkreten Maßnahmen gegenüber stehen.

Um also zu vermeiden, dass der GKV Finanzmittel „auf Halde“ entzogen werden, schlagen die Betriebskrankenkassen vor, den GKV-Beitrag für die BZgA deutlich zu reduzieren. Selbst bei einem Betrag von 20 Cent je Versicherten würden der BZgA immerhin noch Mittel in Höhe von rd. 14 Mio. Euro zukommen.

Nr. 6

§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung

Der bisherige § 20a wird 20b und in Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Betrieb" die Wörter „sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit" eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Klarstellung im Sinne der nachfolgenden Begründung.

b) Begründung

Die Beteiligung der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit wird seitens der Betriebskrankenkassen grundsätzlich begrüßt. Diese Beteiligung muss jedoch immer auf freiwilliger Basis erfolgen. Eine verpflichtende Beteiligung, wie sie die Gesetzesbegründung beschreibt (siehe Seite 28), ist strikt abzulehnen. Dort heißt es: „Die Kompetenz der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte ist verbindlich zu nutzen, indem sie an der Ausführung von Leistungen im Betrieb zu beteiligen sind." Die Betriebsärzte werden grundsätzlich vollständig durch den Betrieb finanziert. Aus den Worten „verbindlich" und „zu beteiligen" könnte eine Verpflichtung der GKV abgeleitet werden, diese Leistungen zu vergüten. Dies würde zu einer Doppelfinanzierung und höheren Kosten für die GKV führen. Die Betriebskrankenkassen sprechen sich dringend für eine entsprechende gesetzliche Klarstellung aus.

Nr. 7

§ 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

Der bisherige § 20b wird § 20c und Absatz1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

"Insbesondere erbringen sie in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifisch arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b und informieren diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben."

a) Gewünschte Änderung

Streichung der Änderung.

b) Begründung

Die Pflicht zur Erbringung der erforderlichen Maßnahmen und damit auch die Finanzierungspflicht, die nach dem Arbeitsschutzgesetz für die Beseitigung von Gesundheitsgefahren anfallen, liegt ausschließlich beim Arbeitgeber. Die obige Formulierung „sie (die Krankenkassen) … erbringen … Maßnahmen" stellt nicht ausreichend sicher, dass die Krankenkassen derartige Kosten nicht zu tragen haben. Wegen der Gefahr einer Kostenverlagerung auf die GKV ist die Änderung in dieser Form daher abzulehnen.

Nr. 8

§ 20d Abs. 1 Nationale Präventionsstrategie

(1) Die Krankenkassen entwickeln im Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie und gewährleisten ihre Umsetzung und Fortschreibung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e.

a) Gewünschte Änderung

Der Absatz wird wie folgt gefasst:

„Bund, Länder und die Krankenkassen entwickeln auf der Grundlage der Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 im Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame Nationale Präventionsstrategie und gewährleisten ihre Umsetzung und Fortschreibung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e. Die Umsetzung erfolgt durch die Träger im Rahmen ihrer eigenen Leistungs- und Finanzverantwortung.“

b) Begründung

Die Einrichtung einer Nationalen Präventionsstrategie wird von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Die institutionelle Verankerung der Prävention und die Einbindung aller Akteure ist ein weiterer wichtiger Schritt, um den gesellschaftlichen Herausforderungen in unserem Land zu begegnen.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist für die Wirksamkeit der Nationalen Präventionsstrategie jedoch eine gleichrangige, auch finanzielle Beteiligung von Bund und Ländern erforderlich. Bund und Länder sind deshalb in die Strategie mit einzubinden.

Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten sollte klargestellt werden, dass für die Krankenkassen die Handlungsfelder und Kriterien gemäß § 20 Abs. 2 (neu) SGB V den Handlungsrahmen für ihre Leistungserbringung in der Nationalen Präventionsstrategie bilden.

Zudem sollte im Gesetzestext - in Anlehnung an die Begründung - präzisiert werden, dass auch alle weiteren Träger ihre Aufgaben in der Nationalen Präventionsstrategie im Rahmen ihrer jeweiligen eigenen Leistungs- und Finanzverantwortung wahrnehmen.

§ 20d Abs. 2

(2) Die Nationale Präventionsstrategie umfasst insbesondere

1. *die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach Absatz 3,*
2. *die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht) nach Absatz 4.*

a) Gewünschte Änderung

In Absatz 2 Nr. 1 wird hinter dem Wort *„bundeseinheitlicher“* das Wort *„trägerübergreifender“* eingefügt.

b) Begründung

Der Abschluss bundesweit einheitlicher trägerübergreifender Rahmenempfehlungen, die auch richtungsweisend für die auf Landesebene zu schließenden Landesrahmenvereinbarungen sind, wird als sinnvoll erachtet. Die bundesweit einheitlichen trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen sind ein wichtiger Bestandteil der Nationalen Präventionsstrategie, die im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz – unter Beteiligung des Präventionsforums - zu beraten und weiterzuentwickeln sind. Zur Klarstellung wird angeregt, im Gesetzestext deutlich zu machen, dass es sich um trägerübergreifende Rahmenempfehlungen handelt.

§ 20e Abs. 1 Nationale Präventionskonferenz

(1) Die Aufgabe der Entwicklung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie wird von der Nationalen Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 mit je zwei Sitzen wahrgenommen. Die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 setzen die Präventionsstrategie in engem Zusammenwirken um. Im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an Programmen und Projekten im Sinne der Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 erhält der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e.V. ebenfalls einen Sitz. Die Höhe der hierfür jährlich von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur Verfügung zu stellenden Mittel bemisst sich mindestens nach dem Betrag, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 und 3 für Leistungen zur Prävention nach § 20a aufzuwenden haben, multipliziert mit der Anzahl der in der privaten Krankenversicherung Vollversicherten. Die Höhe der hierfür jährlich von den Unternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, zur Verfügung zu stellenden Mittel bemisst sich nach dem Betrag, den die Pflegekassen nach § 5 Absatz 2 des Elften Buches für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben, multipliziert mit der Anzahl ihrer Versicherten. Bund und Länder erhalten jeweils vier Sitze mit beratender Stimme. Darüber hinaus entsenden die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesagentur für Arbeit und die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer jeweils einen Vertreter in die Nationale Präventionskonferenz, die mit beratender Stimme an den Sitzungen teilnehmen. Die Nationale Präventionskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung; darin werden insbesondere die Arbeitsweise und das Beschlussverfahren festgelegt. Die Geschäftsordnung muss einstimmig angenommen werden. Die Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. § 94 Absatz 2 bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

a) Gewünschte Änderung

In Satz 8 werden nach dem Wort „Arbeitsweise“ die Wörter „ ‚die Geschäftsführung“ eingefügt.
Satz 10 wird gestrichen.

b) Begründung

Die Wahrnehmung der Geschäftsführung durch die BZgA als nachgeordnete Behörde des BMG wird abgelehnt. Eine solche gesetzliche Festlegung bedeutet einen schwerwiegenden Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz sollen die Geschäftsführung in eigener Verantwortung regeln können.

§ 20f Abs. 1 Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

(1) Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung sowie mit den in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene. Die für die Rahmenvereinbarungen maßgeblichen Leistungen richten sich nach § 20 Absatz 4 Nummer 2 und 3, nach den §§ 20a bis 20c sowie nach den für die Pflegekassen, für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung jeweils geltenden Leistungsgesetzen.

a) Gewünschte Änderung

Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt: *„Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die betrieblichen und außerbetrieblichen Lebenswelten Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung.“*

b) Begründung

Siehe Begründung zu § 20a Absatz 1, bb).

§ 20f Abs. 2

(2) Die an den Rahmenvereinbarungen Beteiligten nach Absatz 1 treffen Festlegungen unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 und der regionalen Erfordernisse insbesondere über

1. *gemeinsam und einheitlich zu verfolgende Ziele und Handlungsfelder,*
2. *die Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten,*
3. *die einvernehmliche Klärung von Zuständigkeitsfragen,*
4. *Möglichkeiten der gegenseitigen Beauftragung der Leistungsträger nach dem Zehnten Buch,*
5. *die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe,*
6. *die Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen.*

An der Vorbereitung der Rahmenvereinbarungen werden die Bundesagentur für Arbeit und die Kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene beteiligt. Sie können den Rahmenvereinbarungen beitreten. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Rahmenvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften wird § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches nicht angewendet.

a) Gewünschte Änderung

aa) In Absatz 2 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Die Umsetzung der Rahmenvereinbarungen erfolgt im Rahmen der jeweiligen Leistungs- und Finanzverantwortung.“

bb) Die bisherigen Sätze 2 bis 4 werden Sätze 3 bis 5.

cc) Der neue Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Sofern die Beteiligten gemäß Absatz 1 zum Zwecke der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen Arbeitsgemeinschaften bilden, findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.“

b) Begründung

aa) Die zu treffenden Festlegungen müssen zwingend Aussagen über die Art und Weise der Finanzierung der jeweiligen Maßnahmen und die Höhe des finanziellen Beitrags der Beteiligten enthalten. Damit wird sichergestellt, dass sich keiner der Beteiligten seiner jeweiligen finanziellen Verantwortung entziehen kann. Andernfalls würden von allen Beteiligten Maßnahmen vereinbart, die aber alleine die GKV umzusetzen hat. Insofern müssten die „Zahler“ auch ggf. ein Vetorecht erhalten, wenn es bei den bisherigen Überlegungen bliebe.

bb) Folgeänderung

cc) Die Änderung dient der Verdeutlichung, dass die Beteiligten nicht unbedingt Arbeitsgemeinschaften bilden müssen, sondern auch andere Formen der Zusammenarbeit vereinbaren können.

§ 20g Abs. 1 Modellvorhaben

(1) Die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 und ihre Verbände können zur Erreichung der in den Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 festgelegten gemeinsamen Ziele einzeln oder in Kooperation mit Dritten, insbesondere den in den Ländern zuständigen Stellen nach § 20f Absatz 1, Modellvorhaben durchführen. Anhand der Modellvorhaben soll die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung verbessert werden. Die Modellvorhaben können auch der wissenschaftlich fundierten Auswahl geeigneter Maßnahmen der Zusammenarbeit dienen.

a) Gewünschte Änderung

Folgender Satz 4 wird angefügt:
„Die Aufwendungen der Krankenkassen für Modellvorhaben sind auf die Mittel nach § 20 Absatz 6 Satz 2 anzurechnen.“

b) Begründung

Die Modellvorhaben dienen dazu, spezifische Erkenntnisse für die Fort- und Weiterentwicklung der Präventionsstrategie und der bundesweiten Rahmenempfehlungen zu gewinnen. Die finanziellen Beiträge der GKV müssen auf die Ausgaben nach § 20 Absatz 6 Satz 2 angerechnet werden.

Nr. 11

§ 23 Abs. 2 Medizinische Vorsorgeleistungen

In Satz 1 werden nach den Wörtern "nicht aus" die Wörter "oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden" eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Streichung der Regelung.

b) Begründung

Mit der geltenden gesetzlichen Regelung können Krankenkassen für ihre Versicherten ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten erbringen, wenn die Leistungen der kurativen Versorgung nicht ausreichen bzw. ohne Erfolg durchgeführt worden sind. Diese Regelung hat ihre Berechtigung, denn Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und vor allem auch notwendig sein.
Die geplante Änderung widerspricht diesem Grundsatz, denn berufliche oder familiäre Umstände dürfen aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht zu anspruchsbegründenden Faktoren für eine interdisziplinäre medizinische Leistung mit mehrdimensionalem komplexem Ansatz werden. Diese Vorsorgemaßnahmen gehen in ihrer Komplexität weit über die ambulante Versorgung am Wohnort hinaus und bedürfen daher der vorherigen Prüfung, ob der Versicherte bzw. die Versicherte vorsorgebedürftig und vorsorgefähig mit realistischen Vorsorgezielen und positiver Vorsorgeprognose ist.
Darüber hinaus ließe die Neuregelung die bereits jetzt gelebte Praxis im Bereich der ambulanten Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten außer Acht, denn auch heute schon werden diese Leistungen für Versicherte erbracht, bei denen eine Herausnahme aus dem sozialen Umfeld geboten erscheint. Für eine Beurteilung der Vorsorgebedürftigkeit der Versicherten wird seit vielen Jahren das bio-psycho-soziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit herangezogen. Hierbei sind die sich auf die Gesundheit auswirkenden umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren entscheidungsrelevant.
Im Ergebnis ist festzustellen, dass bereits heute individuelle Problemkonstellationen bei der Entscheidung über eine ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten ausreichend berücksichtigt werden. Die geplante Neuregelung ist daher zu streichen.

Nr. 12

§ 24d Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe

In § 24d Satz1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „ein Anspruch auf Hebammenhilfe besteht bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt, weitergehende Leistungen bedürfen der ärztlichen Anordnung“ eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Streichung der Regelung.

b) Begründung

Die beabsichtigten gesetzlichen Vorgaben stellen einen Eingriff in die Regelungskompetenzen der Vertragspartner da.

Diese haben bereits im Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V für hebammenhilfliche Leistungen differenzierte Regelungen zum Anspruchszeitraum nach der Entbindung vereinbart. So können Versicherte Rückbildungsgymnastik sogar bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen. Auch Beratungen der Mutter bei Ernährungsproblemen des Säuglings können als ambulante hebammenhilfliche Leistung sowohl persönlich als auch mittels Kommunikationsmedium bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt durchgeführt werden; bei Stillschwierigkeiten sogar bis zum Ende der Abstillphase. Die geplante Beschränkung der Hebammenhilfe ohne ärztliche Anordnung auf einen Zeitraum von zwölf Wochen nach der Geburt würde für diese Leistungen eine Einschränkung der Versorgung im Vergleich zum Status quo bedeuten. Die Notwendigkeit einer ärztlichen Anordnung für eine Leistungserbringung nach Ablauf von zwölf Wochen schafft eine bürokratische Hürde für diese Leistungen in der Versorgung von Mutter und Kind.

Für die Wochenbettbetreuung, für die die Vertragspartner ebenfalls Bestimmungen zu Anzahl und Leistungszeitraum vereinbart haben, stellt die gesetzliche vorgesehene Verlängerung des Leistungszeitraums nach der Geburt von acht auf zwölf Wochen ein zeitliche Ausweitung dar, für die es aus Sicht des BKK Dachverbandes keine evidenzbasierte Begründung gibt. Der bisherige achtwöchige Anspruchszeitraum nach der Geburt orientiert sich an der sowohl in der Mutterschaftsrichtlinie als auch dem Mutterschaftsgesetz formulierten Frist.

Es muss vermutet werden, dass dies ein erster Schritt ist, die Leistungspflicht der Bundesländer/Kommunen (Familienhebammen) sukzessive in die Zustän-

digkeit (SGB V) und Kostentragung der gesetzlichen Krankenversicherung zu verlagern. Versorgungspolitisch ist dies kritisch zu bewerten. Der BKK Dachverband befürchtet, dass durch den erweiterten Anspruchszeitraum der Wochenbettbetreuung die ggf. notwendige Betreuung durch Familienhebammen später und somit ggf. nicht rechtzeitig erfolgt. Der erweitere Anspruchszeitraum der Wochenbettbetreuung nach dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V suggeriert eine umfassende Beobachtung von Kind und Eltern. Dabei bleibt jedoch unbeachtet, dass das fachlich erweiterte Tätigkeitsspektrum einer Familienhebamme (für die es einer zusätzlichen Qualifikation bedarf) über die originäre Hebammentätigkeit und die Leistungsinhalte der Wochenbettbetreuung hinausgeht.

Nr. 14

§ 25 Abs. 1 Gesundheitsuntersuchungen

(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch 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 präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5. 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 verhaltensbezogenen Prävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen sowie auf Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung.

a) Gewünschte Änderung

aa) In § 25 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter *„zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen“* gestrichen.

bb) § 25 Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und verweist auf die qualitätsgesicherten Leistungen der Krankenkassen gemäß § 20 Absatz 5.“

cc) Es werden folgende Sätze 5 und 6 angefügt:

„Versicherte haben Anspruch auf eine umfassende Prüfung, individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen, welche Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 zweckmäßig sind. Die Krankenkasse darf die dazu erforderlichen personenbezogenen Daten sowie die Präventionsempfehlung nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erheben, verarbeiten bzw. nutzen.“

b) Begründung

aa) Begrüßt wird, dass der G-BA zukünftig Inhalt, Art, Umfang und Häufigkeit der Gesundheitsuntersuchungen sowie die für Früherkennung in Betracht kommenden bevölkerungsmedizinisch relevanten Zielkrankheiten – unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots – an den jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens

anzupassen hat und dabei zugleich alters- und zielgruppengerecht auszugestalten. Eine systematische Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen zur Beseitigung und/oder Verminderung des Auftretens von Erkrankungen mittels darauf basierender primärpräventiver Maßnahmen kann jedoch nur dann zielführend sein, wenn individuelles Verhalten als eindeutiger, eindimensionaler Einflussfaktor belegt ist. Eine Übererfassung durch systematische Bewertungen wird daher kritisch bewertet. Starker chronischer psychosozialer Stress, der als Beispiel in der Gesetzesbegründung genannt wird, kann ein Risikofaktor für eine später auftretende Erkrankung sein, ist aber nur zu einem gewissen, nicht belegbaren Anteil einem individuellen Verhalten zurechenbar. Eine Beseitigung oder Verminderung durch ausschließlich verhaltenspräventive Maßnahmen ist daher ohne eine Berücksichtigung der Lebens- und Arbeitsbedingungen nicht realistisch.

Bereits jetzt gehören die Berücksichtigung der persönlichen Lebensumstände und des sozialen Umfeldes des Patienten, die kritische Bewertung der Lebensführung des Patienten in gesundheitlicher Hinsicht, auch unter Berücksichtigung der Selbstmedikation, die Anratung und Einleitung von präventiven Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung, einschließlich individueller Hilfen zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen zum hausärztlichen Versorgungsauftrag.

Eine Erweiterung der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung um eine systematische Erfassung und Bewertung des individuellen Risikoprofils ist deshalb nicht erforderlich und wird abgelehnt.

bb) Bereits heute sind präventionsorientierte Beratungen und entsprechende Empfehlungen ein fester Bestandteil der Gesundheitsuntersuchungen. Eine schriftliche Präventionsempfehlung führt diese Praxis konsequent fort und wird daher begrüßt. Da sie für die Ärzte keinen zusätzlichen Aufwand bedeutet und sich das bisherige Vorgehen nicht ändert, ist jedoch darauf zu achten, dass diese, wie im Gesetzentwurf ausgeführt, kostenneutral eingeführt wird.

cc) Leistungen zur Individualprävention werden derzeit nur von einem geringen Teil der Versicherten in Anspruch genommen. Gleichwohl besteht zur Vermeidung und Reduzierung gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen großer Handlungsbedarf. Neben der Präventionsempfehlung durch den Arzt müssen daher auch eine persönliche Ansprache und eine auf das individuelle Risikoprofil des Versicherten abgestimmte Beratung zu Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 durch die Krankenkassen möglich sein. Die Krankenkasse erhält bisher keine Informationen zum Präventionsbedarf, den der Vertragsarzt im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V empfiehlt. Außerdem fehlt bis-

her eine konkrete Rechtsgrundlage, die den Krankenkassen eine präventionsorientierte Gesundheitsberatung der Versicherten unter Nutzung bereits vorhandener personenbezogener Daten ermöglicht. Die vorgeschlagenen Änderungen dienen der Stärkung der Beratungsrolle der Krankenkassen.

§ 25 Abs. 3

(3) Voraussetzung für die Untersuchung nach den Absätzen 1 und 2 ist, dass es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. Die im Rahmen der Untersuchungen erbrachten Maßnahmen zur Früherkennung setzen ferner voraus, dass

1. *das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,*
2. *die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,*
3. *genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eindeutig zu diagnostizieren und zu behandeln.*

Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen über eine Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 fest, dass notwendige Erkenntnisse fehlen, kann er eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung beschließen. § 137e gilt entsprechend.

a) Gewünschte Änderung

aa) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter *„oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 vermieden, beseitigt oder vermindert werden können.“* gestrichen.

bb) Folgende Nr. 4 wird angefügt:

„4. der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist.“

b) Begründung

aa) Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den gewünschten Änderungen in Absatz 1.

bb) Ziel der gesetzlichen Änderungen ist eine effektivere Ressourcenverwendung. Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 sollen mittels einer Präventionsempfehlung verstärkt von besonders präventionsbedürftigen Zielgruppen in Anspruch genommen werden. Dies wird aber nur erreicht, wenn der bevölkerungsbezogene Nutzen von aufwendigen Verfahren zur Risikobewertung im Zusammenhang mit der primärpräventiven Intervention belegt ist. Ansonsten erfolgt nur eine Verschiebung der Ressourcen bzw. ein höherer Ressourcenverbrauch für die Risikobewertung ohne zusätzlichen Nutzen oder sogar mit geringerem Nutzen für die Versicherten.

Nr. 15

§ 26 Abs. 1 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

(1) Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. Die Leistungen nach Satz 5 werden bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden.

a) Gewünschte Änderung

aa) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort *„körperliche“* die Wörter *„,geistige oder psycho-soziale“* gestrichen.

bb) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter *„Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer“* gestrichen.

cc) In Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter *„, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann.“* gestrichen.

dd) In Absatz 1 werden nach Satz 4 die folgenden Sätze 5 und 6 eingefügt:

„Versicherte Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf eine umfassende Prüfung, individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen, welche Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 zweckmäßig sind. Die Krankenkasse darf die dazu erforderlichen personenbezogenen Daten sowie die Präventionsempfehlung nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erheben, verarbeiten bzw. nutzen.“

ee) Die bisherigen Sätze 5 und 6 werden Sätze 7 und 8.

b) Begründung

aa) Lebensstilbedingte und psychische Erkrankungen sind auch im Kindesalter auf dem Vormarsch. Diese verweisen in besonderer Weise auf soziostrukturelle Ursachen und eignen sich nur bedingt für ärztliche Maßnahmen. Die hierauf basierenden ärztlichen Feststellungen mit dem gutgemeinten Ziel der Steigerung der gesundheitlichen Elternkompetenz leisten daher eher einer frühen zusätzlichen Stigmatisierung Vorschub, als dass diese zu einer Befähigung vulnerabler Gruppen beitragen.

bb) Zur Begründung wird auf die Begründung zu Nr. 14 verwiesen.

cc) Für Kinder unter sechs Jahren werden aus pädagogischen Gründen noch keine Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention gemäß § 20 Absatz 5 angeboten. Die gesetzlichen Krankenkassen engagieren sich daher besonders bei primärpräventiven Maßnahmen in den Lebensräumen der Kinder unter sechs Jahren (z. B. in Stadtteilen, Kindergärten). Maßnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Elternkompetenz werden ebenfalls in diesen Settings von den Krankenkassen unterstützt. Damit sollen insbesondere Eltern sozial benachteiligter Gruppen erreicht werden. Wichtig sind für Eltern und Sorgeberechtigte Informationen über regionale Unterstützungsangebote, die sich speziell an Familien mit Kindern richten. Hier gibt es auch Angebote zur Förderung der gesundheitlichen Elternkompetenz. Eine Präventionsempfehlung für Leistungen der individuellen Verhaltensprävention, die sich unmittelbar an Eltern oder Sorgeberechtige richtet, ist im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchung kritisch zu bewerten, sofern sie nicht die Einbeziehung der Eltern oder Sorgeberechtigen in Maßnahmen, die auf das Kind gerichtet sind, zum Ziel haben. Ansonsten besteht das Risiko, dass Eltern und Sorgeberechtigten ungeeignete Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention empfohlen werden, da im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchung die gesundheitlichen Risiken der Eltern oder Sorgeberechtigten nicht erhoben werden. Außerdem werden die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen häufig von Pädiatern durchgeführt, die kaum Erfahrungen in der medizinischen Behandlung von Erwachsenen haben.

dd) Leistungen zur Individualprävention werden derzeit nur von einem geringen Teil der Versicherten in Anspruch genommen. Gleichwohl besteht zur Vermeidung und Reduzierung gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen großer Handlungsbedarf. Neben der Präventionsempfehlung durch den Arzt müssen daher auch eine persönliche Ansprache und eine auf das individuelle Risikoprofil des Versicherten abgestimmte Beratung zu Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 durch die Krankenkassen möglich sein. Die Krankenkasse erhält bisher keine Informationen zum Präventionsbedarf, den der Vertragsarzt im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen nach § 26 SGB V empfiehlt. Außerdem fehlt bisher eine konkrete Rechtsgrundlage, die den Krankenkassen eine präventionsorien-

tierte Gesundheitsberatung der Versicherten unter Nutzung bereits vorhandener personenbezogener Daten ermöglicht. Die vorgeschlagenen Änderungen dienen der Stärkung der Beratungsrolle der Krankenkassen.

ee) Folgeänderung.

Nr. 16

§ 65a Abs. 1 und 2 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 in Anspruch nehmen oder an Leistungen der Krankenkasse zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 teilnehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Absatz 1 Satz 2 gesenkten Belastungsgrenze zu gewähren ist.

a) Gewünschte Änderung

Streichung der Änderung.

b) Begründung

Die Neuregelung in Satz 1 („soll") schränkt die Entscheidungshoheit der Krankenkassen unnötig ein und wird daher abgelehnt. Die Entscheidung, ob die Kassen ein Bonussystem anbieten, sollte den Kassen im Wettbewerb selbst überlassen bleiben. Die Betriebskrankenkassen plädieren für eine Beibehaltung der bisherigen Regelung, die durch die Festlegung auf Einsparungen und Effizienzsteigerung bereits eine hohe Zielorientierung aufweist.

(2) Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten.

a) Gewünschte Änderung

Streichung der Änderung.

b) Begründung

Die Neuregelung in Satz 1 („soll") schränkt die Entscheidungshoheit der Krankenkassen unnötig ein und wird abgelehnt. Die Versicherten von Krankenkassen sind in der Regel bei einer großen Anzahl von Arbeitgebern beschäftigt. Jeder dieser Arbeitgeber müsste dann gleichermaßen einen Bonus erhalten. Eine gezielte Förderung bestimmter Unternehmen, wie z.B. die vom Gesetzgeber geforderte besondere Unterstützung von KMUs, wäre mit der Neuregelung nicht möglich. Die Betriebskrankenkassen plädieren daher eindringlich für eine Beibehaltung der bisherigen Regelung.

Artikel 2 – Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr.2

§ 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Nach § 20a Absatz 3 Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält für die Ausführung des Auftrags nach Satz 1 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine pauschale Vergütung, die mindestens einem Viertel aus dem Betrag entspricht, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben. Die Vergütung nach Satz 4 erfolgt quartalsweise und ist am ersten Tag des jeweiligen Quartals zu leisten. Sie ist nach Maßgabe von § 20 Absatz 6 Satz 3 jährlich anzupassen.

a) Gewünschte Änderung

Siehe Änderungsvorschlag zu Art.1 Nr. 5, § 20a Abs. 3 und 4 neu

b) Begründung

Die BZgA soll als eine verpflichtende „Unterstützungsorganisation“ mit einer zwangsweisen pauschalen Vergütung aus Beitragsgeldern an den Präventionsmaßnahmen beteiligt werden. Dies führt zur Finanzierung einer staatlichen Institution durch Beitragsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies ist ordnungspolitisch nicht vertretbar und wird daher strikt abgelehnt. Dies entspricht auch der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes. Danach dürfen die Beitragsmittel allein zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung eingesetzt werden. Zur Befriedigung des allgemeinen Finanzbedarfs des Staats und seiner Glieder stehen sie nicht zur Verfügung. Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Finanzierung von Maßnahmen und Institutionen, die über die unmittelbar durch die Krankenkassen finanzierten Ausgaben hinausgehen, hat daher zwingend aus Steuermitteln zu erfolgen.

Sofern der Gesetzgeber der BZgA mit der Zwangsbeauftragung eine wirtschaftliche Tätigkeit ermöglichen sollte, wäre ferner zu prüfen, ob hierdurch das Subventions- und Vergaberecht umgangen wird. Aufgaben, die die gesetzliche Krankenversicherung nicht alleine erbringen kann oder darf, sind grundsätzlich bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen auszuschreiben.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an der BzGA und ihrer Finanzierung aus GKV-Beitragsgeldern festhalten, muss die Höhe der vorgesehenen Finanzmittel reduziert werden. Bedenkt man, dass für die gesundheitliche Aufklärung der Be-

völkerung im Haushalt der BZgA im Jahr 2015 insgesamt 16,3 Mio. Euro veranschlagt werden (siehe Haushaltsplan 2015 des BMG, Planungsposition 1504), erscheint die vorgesehene Finanzsumme in Höhe von 35 Mio. Euro unverhältnismäßig hoch. Kritisch ist dies auch vor dem Hintergrund, dass dieser Summe noch keine konkreten Maßnahmen gegenüber stehen.

Um also zu vermeiden, dass der GKV Finanzmittel „auf Halde“ entzogen werden, schlagen die Betriebskrankenkassen vor, den GKV-Beitrag für die BZgA deutlich zu reduzieren. Selbst bei einem Betrag von 20 Cent je Versicherten würden der BZgA immerhin noch Mittel in Höhe von rd. 14 Mio. Euro zukommen.

Nr. 3

§ 20b Abs. 3 Betriebliche Gesundheitsförderung

(3) Die Krankenkassen bieten Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information über Leistungen nach Absatz 1 und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen nach Absatz 1 im Betrieb erbringt. Örtliche Unternehmensorganisationen sollen an der Beratung beteiligt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.

a) Gewünschte Änderung

aa) Die Sätze 1 bis 3 werden gestrichen und durch folgende Sätze ersetzt:

„Die Krankenkassen bieten Unternehmen Beratung und Unterstützung zu Leistungen nach Absatz 1 an. Zu diesem Zweck nutzen die Krankenkassen geeignete Strukturen und beziehen dabei örtliche Unternehmensorganisationen ein.“

bb) Der neue Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgaben nach Satz 1 und die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen.“

cc) Satz 5 wird Satz 4 und wie folgt gefasst:

„Sofern für die Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen Arbeitsgemeinschaften gebildet werden, findet § 94 Abs. 1a Satz2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.“

b) Begründung

Ein einheitliches Informations- und Beratungsangebot für Unternehmen wird begrüßt. Allerdings soll die Ausgestaltung als originäre Aufgabe der Krankenkassen gesetzlich nicht definiert werden, da hierfür unterschiedliche Beratungswege und -konzepte in Frage kommen. Als geeignete Strukturen kommen insbesondere internetbasierte Informationsportale oder vergleichbare Strukturen infrage.

Die Änderung im neuen Satz 4 dient der Verdeutlichung, dass die Beteiligten nicht unbedingt Arbeitsgemeinschaften bilden müssen, sondern auch andere Formen der Zusammenarbeit vereinbaren können.

§ 20b Abs. 4

(4) Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen nach Absatz 1, stellt die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. Dieser verteilt die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kooperationsvereinbarungen mit örtlichen Unternehmensorganisationen nach den Absätzen 3 Satz 4 abgeschlossen haben. Die Mittel dienen der Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Absatz 3 Satz 4.

a) Gewünschte Änderung

Absatz 4 wird gestrichen.

b) Begründung

Siehe Änderung und Begründung zu Art. 1 Nr. 4, § 20 Absatz 6.

Artikel 6 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Nr. 1

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

(1) Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes die Kriterien für die Leistungen nach Satz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele.

(2) Die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen. Die Ausgaben sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Sind in einem Jahr die Ausgaben rundungsbedingt nicht anzupassen, ist die unterbliebene Anpassung bei der Berechnung der Anpassung der Ausgaben im Folgejahr zu berücksichtigen.

(3) Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen.

(4) Die Pflegekassen wirken unbeschadet ihrer Aufgaben nach Absatz 1 bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(5) Die Pflegekassen beteiligen sich an der nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f des Fünften Buches mit den Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2.

(6) Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.

a) Gewünschte Änderung

Streichung der Änderungen in § 5.

Stattdessen ist in Analogie zu § 87b SGB XI ein neuer § 87c SGB XI „Vergütungszuschläge für koordinierte Angebote zur Stärkung, Wiedererlangung und Erhalt der Selbständigkeit von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen" aufzunehmen.

b) Begründung

Grundsätzlich ist der Ansatz, präventive Maßnahmen ergänzend zu bestehenden Leistungen zu gewähren – z.B. nach § 87b SGB XI „Betreuung und Aktivierung von pflegebedürftigen Heimbewohnern" sowie der „Umsetzung der Expertenstandards" nach § 113a SGB XI und der Pflicht nach § 11 Abs. 1 SGB XI „aktivierende Pflege" – zu begrüßen.

Die Betriebskrankenkassen geben jedoch zu bedenken, dass der Gesetzgeber angekündigt hat, nach der abgeschlossenen Erprobung des neuen Begutachtungsassessments (NBA) nun zeitnah mit der Gesetzgebung zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu beginnen. Mit dem NBA sollen im Verhältnis zur heutigen Pflegebegutachtung auch Risiken besser erfassbar sein, die einen spezifischen Präventionsbedarf begründen. Dieser stellt damit eine wesentlich verbesserte Grundlage für die Versorgungsberatung und -planung dar. Dazu gehören krankheitsbedingte Risiken, Umweltfaktoren und verhaltensbedingte Risiken. Insofern scheint es wesentlich sachgerechter, die angedachte Präventionsorientierung in der Pflegeversicherung nicht mit diesem Gesetzentwurf, sondern mit dem Pflegestärkungsgesetz II umzusetzen.

Die vorliegenden Änderungen des § 5 werden zudem aus den folgenden Gründen abgelehnt:

Durch die Formulierung „sollen" in Abs. 1 Satz 1, besteht keine eindeutige Verpflichtung für alle Pflegekassen, Präventionsleistungen zu erbringen. Durch die fehlende gesetzliche Verpflichtung kann nicht sichergestellt werden, dass von allen Pflegekassen kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbracht werden.

Zudem ist Absatz 1 in seinem Regelungsgehalt dreier gesetzlicher Vorgaben nicht eindeutig:

1. Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen erbringen.

2. Unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtungen sind Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur

Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln sowie deren Umsetzung zu unterstützen.

3. Der GKV-Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes die Kriterien für die Präventionsleistung fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Zielen.

Unklar ist, in welcher Reihenfolge der Gesetzgeber die genannten Vorgaben plant und wie diese ineinandergreifen sollen. Wird unterstellt, dass der Gesetzgeber eine kassenübergreifende Präventionsleistung wünscht (vgl. § 5 Abs. 3), wären die Punkte 1 und 3 eindeutig. Dem stünde jedoch Punkt 2 entgegen, der eher eine individuelle – mit dem Versicherten und der konkreten Pflegeeinrichtung abgestimmte – Leistungsdefinition statt einer kassenübergreifenden schematisch festgelegten Leistungsdefinition bestimmt. Oder ist eine Reihenfolge von 2, 3, 1 geplant? Das würde bedeuten, dass in einem ersten Schritt regionale Arbeitsgemeinschaften gebildet würden und die unter Punkt 2 geplanten Vorschläge unter Beteiligung von Pflegebedürftigen, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen erarbeitet würden. In einem zweiten Schritt wären diese Vorschläge an den GKV-Spitzenverband weiterzuleiten, damit dieser unter Einbezug der Vorschläge Kriterien für die Präventionsleistung festlegen kann. Unklar ist, ob dann auf der Basis in einem letzten Schritt unter den Pflegekassen Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen und auf dieser Basis Verträge mit Pflegeeinrichtungen vereinbart werden sollen. Wenn der Gesetzgeber an den geplanten Änderungen festhalten sollte, wäre hierzu eine Klarstellung erforderlich.

Weiterhin stellt sich die Frage, warum der Gesetzgeber im Rahmen der vertraglichen Umsetzung vom bisherigen Grundsatz in der Pflegeversicherung – die Zuständigkeit liegt bei den Landesverbänden der Pflegekassen – abweicht. Bisher stand das gemeinschaftliche Handeln im Vordergrund. Indem nun die Pflegekassen die Kooperationsvereinbarungen abzuschließen haben, wird eine neue Vertragsebene implementiert, mit der zusätzlicher Verwaltungsaufwand einhergeht. Unklar ist zudem, wie diese zusätzlichen vertraglichen Beziehungen auszugestalten sind. Schließen die Pflegekassen in einem ersten Schritt die Kooperationsvereinbarung untereinander ab, da es sich um kassenübergreifende Leistungen handelt? Wie wird die Pflegeeinrichtung vertraglich eingebunden, so dass die Pflegekassen auch Präventionsleistungen in Einrichtungen erbringen können? Wie wird mit Pflegeeinrichtungen umgegangen, in denen diverse Pflegekassen nur einen geringen bzw. sehr geringen Belegungsanteil haben, um „Rosinenpickerei" zu vermeiden?

Insgesamt sind die Vorgaben des § 5 in der jetzigen Fassung nicht eindeutig, in sich nicht schlüssig und erschweren daher eine Umsetzung in der Praxis. Zusätzlich besteht die Gefahr, dass einzelne Pflegekassen sich nicht an einer kassenübergreifenden Präventionsleistung beteiligen können, ihre pflegebedürftigen Versicherten würden hierdurch benachteiligt.

Mit der Aufnahme eines neuen § 87c SGB XI wird deshalb das Ziel verbunden, die präventive und rehabilitative Ausrichtung in stationären Pflegeeinrichtungen direkt und für alle betroffenen Versicherten der sozialen Pflegeversicherung gleichermaßen zu stärken. Hierfür werden Pflegekräfte der Pflegeeinrichtungen durch aktivierend-therapeutisches Personal, insbesondere durch Ergo- und Physiotherapeuten sowie Logopäden, unterstützt, um die gesundheitliche Situation und die Ressourcen und Fähigkeiten von Pflegebedürftigen deutlich zu verbessern.

Nr. 5

§ 113a Expertenstandards zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

In § 113a Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Dabei ist das Ziel, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation einzusetzen, zu berücksichtigen."

a) Gewünschte Änderung

Streichung der Worte *„und zur medizinischen Rehabilitation"*

b) Begründung

In der Begründung des Gesetzentwurfs wird richtigerweise festgestellt, dass bereits die bisherigen Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege präventive (prophylaktische) Maßnahmen beinhalten. Deshalb kann der Ergänzung dieser Vorschrift um Leistungen zur Prävention zugestimmt werden.

Die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung dienen der Sicherstellung der Qualität in der Pflege. Damit tragen die Expertenstandards für ihren jeweiligen Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen die Krankenkassen auf Antrag immer dann, wenn die kurativen Maßnahmen der ambulanten Krankenbehandlung nicht ausreichen, um die Ziele des § 11 Abs. 2 SGB V zu erreichen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können auch in stationären Pflegeeinrichtungen, z.B. in Form der mobilen geriatrischen Rehabilitation, erbracht werden. Mobile geriatrische Rehabilitation zeichnet sich gegenüber anderen Rehabilitationsformen u.a. dadurch aus, dass sie den Menschen in seinem vertrauten Umfeld behandelt. Die Einheit von Behandlung, Beratung, Erprobung und die Integration in den Alltag ist eine besondere Stärke der mobilen geriatrischen Rehabilitation und ist daher als besonderes Element zu werten. Unklar ist aber, in welcher Art und Weise Expertenstandards, welche explizit der Sicherstellung der Qualität in der Pflege dienen, das Ziel, Leistungen der medizinischen Rehabilitation auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit einzusetzen, berücksichtigen sollen. Die Formulierung ist unkonkret und wirkt an dieser Stelle deplatziert, deshalb sind die Leistungen der

medizinischen Rehabilitation zu streichen, zumal aus der Begründung des Gesetzentwurfs nicht hervorgeht, wie und in welchem Umfang und auf welcher rechtlichen Grundlage die Berücksichtigung erfolgen soll.

Artikel 7 – Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

Dem § 5 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, werden folgende Sätze angefügt:

„Erreicht eine Pflegekasse den in Absatz 2 festgelegten Betrag in einem Jahr nicht, stellt sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung, der die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Pflegekassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Satz 2 gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.“

a) Gewünschte Änderung

Die Sätze werden wie folgt gefasst:

„Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Pflegekasse den Wert nach Absatz 2, verwendet die Pflegekasse die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr. Die auch im Folgejahr nicht verausgabten Mittel stellen die Kassen den Verbänden der jeweiligen Kassenart zur Verfügung, die diese Mittel bedarfsgerecht für entsprechende Maßnahmen einsetzen.“

b) Begründung

Wie bereits zu Artikel 6 Nr. 1 ausgeführt, plädieren die Betriebskrankenkassen dafür, die angedachte Präventionsorientierung in der Pflegeversicherung mit dem Pflegestärkungsgesetz II umzusetzen.

Sofern der Gesetzgeber an den Regelungen in diesem Gesetz festhält, lehnen die Betriebskrankenkassen eine zwangsweise Abführung nicht verausgabter Mitteln an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen ausdrücklich ab. Der Zwang zur Abgabe setzt Anreize, Gelder nach dem Gießkannenprinzip und damit nicht bedarfsgerecht und zielgerichtet auszugeben. Die Verteilung der Mittel über den GKV-Spitzenverband führt zum Aufbau weiterer unnötiger Bürokratie.

Die Betriebskrankenkassen schlagen stattdessen vor, dass die nicht verausgabten Mittel aus Satz 2 zunächst innerhalb der Kasse auf das Folgejahr übertragen wer-

den. Können diese Mittel auch dann nicht verausgabt werden, fließen sie dem jeweiligen Kassenartensystem zu. So wird gewährleistet, dass die Mittel vor Ort und mit den Kenntnissen der regionalen Bedürfnisse und Besonderheiten gezielt eingesetzt werden.

III. Weiterer Änderungsbedarf

Insbesondere für klein- und mittelständische Unternehmen (KMU), die 60 Prozent der Erwerbstätigen beschäftigen, müssen die Anreize verbessert bzw. transparenter werden, damit für sie die Attraktivität von BGF-Maßnahmen steigt. So sind beispielsweise die derzeitigen **Verfahren zur steuerlichen Berücksichtigung von BGF-Maßnahmen** zu bürokratisch und aufwändig und verhindern oft ein stärkeres Engagement der Arbeitgeber. Erfahrungen zeigen, dass Finanzämter oft auch aus Unkenntnis die Absetzbarkeit verschieden bewerten. Daher bedarf es einer umfassenden Aufklärung. Auch die Inanspruchnahme des geldwerten Vorteils von 500 Euro pro Mitarbeiter sollte leichter zugänglich sein. Das derzeitige Verfahren ist zu kleinteilig und bürokratisch und birgt zu große Hürden, als dass es für klein- und mittelständische Unternehmen einen Anreiz für ein stärkeres Engagement bieten könnte. Jedes Unternehmen sollte eine bestimmte Summe für betriebliches Gesundheitsmanagement steuerlich als Betriebsausgabe geltend machen können.

BETRIEBLICHE KRANKENVERSICHERUNG e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(9)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
17.04.2015

Stellungnahme der BKV - Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V. (IG BKV e.V.)

vom 16.04. 2015

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PrävG) Bundestagsdrucksache 18/4282

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung.....3

II. Stellungnahme zu den einzelnen Änderungsvorschriften

a. § 20 Absatz 6 SGB V:
Ausgaben der Krankenkassen für Prävention.....4

b. § 32f neu SGBV :
Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte.....6

III. Weiterer Änderungsbedarf

a. §§ 147 Absatz 1, 149 SGB V:
Konzernweite Erstreckung nicht geöffneter Betriebskrankenkassen.....8

b. § 3 Nr. 34 EStG:
Steuerliche Anreize zur Förderung der Betrieblichen Gesundheitsförderung.....10

I. Vorbemerkung

Angesichts einer stetig älter werdenden Gesellschaft sind Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere die betriebliche Gesundheitsförderung, von zentraler Bedeutung für unser Gesundheitssystem. Prävention und Gesundheitsförderung tragen dazu bei, dass Menschen heute länger und gesünder beruflich tätig sein können. Sie helfen mittel- und langfristig, Krankheits- und Krankheitsfolgekosten zu vermeiden und entlasten so unser Gesundheitssystem.

Mit dem Gesetzentwurf zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz - PrävG) wird nunmehr der vierte Anlauf unternommen, der Prävention ein Gesetz zu geben. Es soll unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger sowie der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflegeversicherung die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Versicherten gestärkt werden. Zudem sollen die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterentwickelt und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz verbessert werden.

Die Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V. (IG BKV e.V.) begrüßt ausdrücklich die Zielsetzung des Gesetzentwurfs, die betriebliche Gesundheitsförderung und die Prävention zu stärken. Wir sehen allerdings in der Rahmengestaltung und damit verbundenen praktischen Umsetzung des Gesetzentwurfs einen erheblichen bürokratischen Mehraufwand für alle Beteiligten. Auch sehen wir nicht die Notwendigkeit die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit Versichertengeldern der gesetzlichen Krankenversicherung zu bezuschussen. Die angedachten Kampagnen etc. sollten aus Steuermitteln bestritten werden. Des Weiteren muss auch weiterhin möglich sein, Präventionskurse ohne eine ärztliche Präventionsempfehlung besuchen zu können.

II. Stellungnahme zu den einzelnen Änderungsvorschriften

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 4

§ 20 Absatz 6 (Ausgaben der Krankenkassen für Prävention)

a) Beabsichtigte Neuregelung:

(6) „Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen insgesamt im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 3,17 Euro und ab dem Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 7 Euro umfassen. Ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens 2 Euro jeweils für Leistungen nach §§ 20a und 20b auf. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.“

b) Gewünschte Änderung – Formulierungsvorschlag für § 20 Abs. 6 SGB V neu:

„Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c sollen ***mindestens*** *~~insgesamt im Jahr 2015~~ für jeden ihrer Versicherten ~~einen Betrag von 3,17 Euro und~~ ab dem Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 7 Euro umfassen. Ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten* ***mindestens 4 Euro für Leistungen nach §§ 20 a und 20 b auf.*** *Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.“*

c) Begründung:

Da das Gesetz frühestens im August 2015 in Kraft treten wird und die Krankenkassen für das letzte Quartal 2015 ihre Haushaltsberechnungen bereits getätigt haben, halten wir das Inkrafttreten der Regelung frühestens 2016 für möglich. Ist dem Gesetzgeber aber die schnelle Umsetzung in 2015 wichtig, plädieren wir dafür, nicht verausgabte Mittel im Folgejahr, also 2016, für Leistungen nach §§ 20a bis 20c zur Verfügung zu stellen.

aa) Mit der Neuformulierung im Satz 1 wird eine Klarstellung erreicht, so dass der Wert nicht als Grenzwert, sondern als Richtwert zu sehen ist, der von den Krankenkassen unter Berücksichtigung der Vorgaben des Satz 2 anzustreben ist und insbesondere überschritten werden kann.

bb) Der Gesetzentwurf sieht für die Präventionsausgaben der Krankenkassen ab 2016 getrennte Mindestbeträge für die Betriebliche Gesundheitsförderung und die übrigen Lebenswelten vor (jeweils 2 Euro pro Versicherte). Diese Aufspaltung der Mindestbeträge nach einzelnen Lebenswelten halten wir weder für notwendig noch für zweckmäßig. Gezielte Präventionsmaßnahmen in setting-Ansätzen müssen auf die jeweiligen konkreten Verhältnisse vor Ort ausgerichtet sein. Deshalb benötigen Krankenkassen ausreichende Spielräume, ihre Präventionsausgaben auf die Lebenswelten zu verteilen. Nur so lassen sich in der Praxis setting-bezogene Maßnahmenschwerpunkte abhängig von den jeweiligen regionalen und strukturellen Gegebenheiten setzen (z.B. für unternehmensbezogene Betriebskrankenkassen, insbesondere im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung).

Nr. 19

§ 132f neu (Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte)

a) Beabsichtigte Neuregelung:

„Die Krankenkassen oder ihre Verbände können in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung und unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 25 Absatz 4 Satz 2 mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder den über die Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin" verfügenden Ärzten oder deren Gemeinschaften Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1 schließen, soweit diese in Ergänzung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge erbracht werden."

b) gewünschte Änderung:

„Die Krankenkassen oder ihre Verbände können in Ergänzung zur vertragsärztlichen Untersuchung und unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 25 Absatz 4 Satz 2 mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder den über die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ verfügenden Ärzten oder deren Gemeinschaften Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1, ***über Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, über Präventionsempfehlungen, Empfehlungen medizinischer Vorsorgeleistungen und über die Heilmittelversorgung*** *schließen, soweit diese in Ergänzung der arbeitsmedizinischen Vorsorge erbracht werden.“*

c) Begründung:

Die ausdrückliche gesetzliche Einbindung der Betriebsärzte in den Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung, Vorsorge und Früherkennung ist zu begrüßen. Insbesondere die geplante Regelung, wonach Krankenkassen erstmals die Möglichkeit erhalten sollen, mit Betriebsärzten Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen zu schließen, ist hierbei ein wichtiger Schritt.

Jedoch greift diese Regelung nach unseren langjährigen Erfahrungen mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement zu kurz. Verträge zwischen Betriebsärzten und Krankenkassen sollten auch und gerade dann ermöglicht werden, wenn es um die Umsetzung der Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsuntersuchungen geht, d.h. bei der Durchführung entsprechender Maßnahmen im Betrieb (wie z.B. Präventions- und Interventionsprogramme zu verschiedenen Erkrankungsbildern, Physiotherapien in betrieblichen Gesundheitszentren).

Die Ausdehnung der Früherkennungsuntersuchungen, bereits eingetretener Erkrankungen auf primärpräventive Gesundheitsuntersuchungen - wie im §25 SGB V vorgesehen - begrüßen wir ausdrücklich. Eine Integration beider Untersuchungsschwerpunkte in einem Untersuchungsanlass erscheint zweckmäßig.

III. Weiterer Änderungsbedarf

§§ 147 Absatz 1, 149 SGB V (Konzernweite Erstreckung nicht geöffneter Betriebskrankenkassen)

a) Bestehende Regelung:

<u>§ 147 Absatz 1 SGBV (Errichtung einer Betriebskrankenkasse)</u>

Der Arbeitgeber kann für einen oder mehrere Betriebe eine Betriebskrankenkasse errichten, wenn
1. *in diesen Betrieben regelmäßig mindestens 1000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden und*
2. *ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert ist.*

<u>§ 149 SGB V (Ausdehnung auf weitere Betriebe)</u>

[1]Eine Betriebskrankenkasse, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 enthält, kann auf Antrag des Arbeitgebers auf weitere Betriebe desselben Arbeitgebers ausgedehnt werden. [2]§ 148 gilt entsprechend.

b) Gewünschte Änderung:

<u>§ 147 Absatz 1 SGB V - Neuformulierung</u>

Für einen Betrieb, ein Unternehmen oder einen Konzern (§ 18 AktG) kann *eine Betriebskrankenkasse errichtet werden, wenn,*
1. ***in dem Betrieb, Unternehmen oder Konzern*** *regelmäßig mindestens 1.000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden und*
2. *ihre Leistungsfähigkeit auf Dauer gesichert ist.*

<u>§ 149 SGB V - Neuformulierung</u>

[1]Eine Betriebskrankenkasse, deren Satzung keine Regelung nach § 173 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 enthält, kann auf Antrag ***der Unternehmens- oder Konzernleitung*** *auf weitere Betriebe desselben Unternehmens oder Konzerns ausgedehnt werden. [2]§ 148 gilt entsprechend.*

c) Begründung:

Nach gegenwärtiger Rechtslage können Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte die Krankenkasse, in der sie sich versichern wollen, grundsätzlich frei wählen. Ausnahmen bestehen lediglich für die so genannten „nicht geöffneten" Betriebskrankenkassen, die nur von Beschäftigten der Betriebe, für die sie errichtet wurden (oder künftig errichtet werden), als gesetzliche Krankenversicherung gewählt werden können, § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Dabei ist es nach der geltenden Gesetzesfassung ausdrücklich auch möglich, gemeinsame Betriebskrankenkassen für mehrere Betriebe „eines Arbeitgebers" zu gründen, § 147 Abs. 1 SGB V, und bereits bestehende Betriebskrankenkassen auf weitere Betriebe „desselben Arbeitgebers" auszudehnen, § 149 SGB V. Infolge dieser Regelungen sind bereits zahlreiche, „betriebsübergreifende" Betriebskrankenkassen entstanden. Gemäß § 150 SGB V besteht zudem die Möglichkeit, auch Betriebskrankenkassen verschiedener Arbeitgeber, z.B. innerhalb eines Konzerns, zu einer Kasse zu vereinigen.

Unter Berufung auf den Wortlaut des § 147 SGB V in seiner aktuellen Fassung versagen die zuständigen Aufsichtsbehörden allerdings derzeit die Neugründung oder Ausweitung einer Betriebskrankenkasse auf Betriebe von Konzernarbeitgebern - vielen Konzernbeschäftigten ist die Versicherung in einer bestehenden nicht geöffneten Betriebskrankenkassen daher bislang trotz einheitlicher Unternehmensstrukturen mit gemeinsamer betrieblicher Sozialpolitik nicht möglich. Die – gesetzlich nach § 150 bewusst zugelassene bzw. sogar erwünschte – Gründung von „Konzernkrankenkassen" ist nach dem Verständnis der Aufsichtsbehörden dementsprechend nur über den zeit- und kostenintensiven „Umweg" der Neugründung einzelner Kassen mit anschließender Fusionierung eben dieser Kassen möglich. Da die Neugründung einer Betriebskrankenkasse gemäß § 148 Abs. 1 Satz 1 SGB V eine Mindestmitgliederanzahl von 1000 voraussetzt, führt die geltende Rechtslage dabei zugleich dazu, dass kleinere Betriebe in eine (faktisch bestehende) Konzernbetriebskrankenkasse nicht aufgenommen werden können, obschon erklärtes gesetzgeberisches Ziel bei Einführung/Änderung des § 150 SGB V war, größere und leistungsfähigere Solidargemeinschaften zu ermöglichen.[1]

[1] BT-Drs. 12/3608, S. 109f.

§ 3 EStG Nr 34:
Steuerliche Anreize zur Förderung der Betrieblichen Gesundheitsförderung

a) Bestehende Regelung:

„Steuerfrei sind zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn erbrachte Leistungen des Arbeitgebers zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und der betrieblichen Gesundheitsförderung, die hinsichtlich Qualität, Zweckbindung und Zielgerichtetheit den Anforderungen der §§ 20 und 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genügen, soweit sie 500 Euro im Kalenderjahr nicht übersteigen;“

b) Gewünschte Änderung:

*„Steuerfrei sind zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn erbrachte Leistungen des Arbeitgebers zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und der betrieblichen Gesundheitsförderung, die hinsichtlich Qualität, Zweckbindung und Zielgerichtetheit den Anforderungen der §§ 20 und 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genügen~~**, soweit sie 500 Euro im Kalenderjahr nicht übersteigen**~~;“*

c) Begründung:

Mit dem GKV-Leitfaden Prävention legt der GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene die inhaltlichen Handlungsfelder und qualitativen Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung fest (§§ 20 und 20a SGB V), die für die Leistungserbringung vor Ort verbindlich gelten. Der Leitfaden bildet die Grundlage, um die Versicherten zu unterstützen, Krankheitsrisiken möglichst frühzeitig vorzubeugen und ihre gesundheitlichen Potenziale und Ressourcen zu stärken. Maßnahmen, die nicht den in diesem Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht im Rahmen von §§ 20 und § 20a SGB V durchgeführt oder gefördert werden.

Schon bei Einführung des § 3 Nr. 34 EStG hat der Gesetzgeber in seiner Gesetzesbegründung ausgeführt, dass die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und die betriebliche Gesundheitsförderung wichtige gesundheitspolitische Ziele der Bundesregierung sind. Die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit zu erhalten, liegt im Interesse der Arbeitnehmer und der Unternehmen. Die Steuerbefreiung soll die Bereitschaft des Arbeitgebers erhöhen, seinen Arbeitnehmern Dienstleistungen zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes sowie zur betrieblichen Gesundheitsförderung anzubieten und entsprechende Barzuschüsse für die Durchführung derartiger Maßnahmen zuzuwenden. Zur sachli-

chen Eingrenzung der Steuerbefreiung wird auf die Vorschriften des SGB V Bezug genommen. Unter die Steuerbefreiung fallen insbesondere die Leistungen, die im Leitfaden Prävention aufgeführt sind.

Der in § 3 Nr. 34 EStG derzeit verankerte jährliche Höchstbetrag von 500 EUR hat sich in der Praxis eher als Hemmnis für die politische Zielsetzung erwiesen. Der Höchstbetrag ist daher ersatzlos zu streichen. Durch die Anknüpfung an §§ 20 und 20a SGB V ist bereits hinreichend sichergestellt, dass nur die vom Gesetzgeber als förderungswürdig angesehenen Leistungen steuerbefreit werden. Werden solche Leistungen vom Arbeitgeber finanziert, dann besteht kein sachlicher Grund für eine betragsmäßige Deckelung der Steuerbefreiung. Dies umso mehr, weil die vom Arbeitgeber durchgeführten Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung beim einzelnen Arbeitnehmer häufig nicht jährlich wiederkehrend, sondern zusammengeballt beispielsweise in Zeitabständen von 5 Jahren anfallen. Diesen praktischen Gegebenheiten trägt der jetzige jährliche Höchstbetrag von 500 EUR nur unzureichend Rechnung.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(6)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
15.04.2015

Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) – Regierungsentwurf vom 17.12.2014

Berlin, 19.01.2015

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Zu dem Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) nimmt die Bundesärztekammer wie folgt Stellung:

Vorbemerkung

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die über das Gesundheitswesen hinausreicht und sowohl die gesundheitsbezogene Veränderung von Lebenswelten als auch von Lebensweisen einschließt. Dabei spielen Ärztinnen und Ärzte eine zentrale Rolle, da sie Patienten aller gesellschaftlicher Schichten gleichermaßen erreichen und diese zum geeigneten Zeitpunkt auf eine Veränderung von Verhaltensweisen und zur Wahrnehmung gesundheitsförderlicher Angebote ansprechen und motivieren können. Zudem können sie an der Gestaltung von Lebenswelten durch ihr Wissen über Gesunderhaltung und Krankheitsentstehung mitwirken.

Mit dem Gesetz sollen die Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung für die Primärprävention deutlich aufgestockt werden – von derzeit ca. 3 € pro Versicherten auf zukünftig 7 € pro Versicherten (ab 2016). Dadurch sollen insbesondere die Prävention in Lebenswelten sowie die betriebliche Gesundheitsförderung gestärkt werden.

Leider ist die strukturelle Einbindung der Ärzteschaft in die vorgesehenen Leistungen bislang nur wenig ausgearbeitet. Dort, wo der Ärzteschaft Aufgaben übertragen werden, wird hingegen vorausgesetzt, dass damit für die Krankenkassen keine Mehrkosten entstehen. Vielmehr sollte aber mit dem Gesetzentwurf die Chance genutzt werden, die Möglichkeiten von Ärzten zur Patientenansprache und ihre gesundheitlichen Kompetenzen im Rahmen der Primärprävention zu stärken.

1. Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Zu § 20 Abs. 1:
Das im § 20 Abs. 1 angeführte Verständnis von Gesundheitsförderung als „Förderung des selbstbestimmten gesundheitlichen Handelns der Versicherten“ greift zu kurz. Vielmehr umfasst Gesundheitsförderung die Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potenzialen, die eine entsprechende Gestaltung der Lebensbedingungen voraussetzt und damit gesundheitsförderliches Verhalten ermöglicht.

Zu § 20 Abs. 2:
§ 20 des Regierungsentwurfs sieht in Absatz 2 vor, dass der GKV-Spitzenverband unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung festlegen soll. Zudem soll er eigenständig die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen bestimmen.

Wie wir bereits in unserer Stellungnahme zum Referentenentwurf ausgeführt haben, sollte die Definition der Anforderungen an das Zertifizierungsverfahren von Leistungsangeboten nicht durch den GKV-Spitzenverband erfolgen, da die ihm angehörenden Krankenkassen gleichzeitig Anbieter der entsprechenden Leistungen sind. (Vgl. hierzu auch die nachfolgenden Ausführungen zu § 20 Abs. 5).

Des Weiteren kritisiert die Bundesärztekammer, dass der Regierungsentwurf zur Festlegung von einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien für primärpräventive und gesundheitsförderliche Leistungen zwar die „Einbeziehung unabhängigen (…), ärztlichen, (…) Sachverstandes“ verlangt, er jedoch keine näheren Ausführungen dazu enthält, wie diese Vorgabe durch den GKV-Spitzenverband umzusetzen ist.

Im Falle einer Festlegung einheitlicher Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung durch den GKV-Spitzenverband sollte zumindest sichergestellt werden, dass der in § 20 Abs. 2 Satz 1 geforderte Einbezug unabhängigen Sachverstandes im Gesetz klar geregelt wird. Daher schlägt die Bundesärztekammer die nachfolgende Formulierung vor (Änderungen im Fettdruck):

Änderungsvorschlag für § 20 Abs. 2:

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverstandes sowie des Sachverstandes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. ***Er bindet hierzu die entsprechenden Fachgesellschaften und Spitzenorganisationen auf Bundesebene strukturell in die Entscheidungsfindung ein.*** Er bestimmt außerdem (…).

Zu § 20 Abs. 3:

§ 20 Abs. 3 sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband für die Festlegung einheitlicher Handlungsfelder und Kriterien für die Präventionsleistungen auch die im Absatz 3 aufgeführten Gesundheitsziele berücksichtigt.

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die Einbindung von Gesundheits- bzw. Präventionszielen als Steuerungsinstrument für Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung. Allerdings sieht der Regelungsvorschlag in § 20 Abs. 3 keine verpflichtende Berücksichtigung dieser Gesundheitsziele vor. Demnach wäre es dem GKV-Spitzenverband weitgehend freigestellt, in wie weit er sich an den aufgeführten Zielen orientieren möchte.
Die Einbindung von konsentierten Präventions- bzw. Arbeitsschutzzielen als Steuerungsinstrument für Präventionsleistungen sollte daher im Gesetz verbindlich festgelegt werden. Die Präventionsziele sollten sich zudem an bestehenden gesundheitlichen Problemlagen orientieren. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass das Selbstverständnis des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de weit über die Identifikation und Ausgestaltung von Präventionszielen hinausreicht. Die Bundesärztekammer spricht sich in diesem Kontext dafür aus, den seit 2000 bestehenden Kooperationsverbund und die Nationale Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen des Gesetzes hinsichtlich ihres Beitrages zu Präventionszielen verbindlich zu regeln.

Zu § 20 Abs. 5 Satz 1:

Nach § 20 Abs. 5 Satz 1 des Regierungsentwurfs soll eine Krankenkasse künftig nur dann eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention erbringen können, wenn diese von einer Krankenkasse oder von einer anderen, zur Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragten Einrichtung zertifiziert ist.

Entsprechend unserer Stellungnahme zum Referentenentwurf vom 21. November 2014 weisen wir darauf hin, dass der Begriff „Zertifizierung" ein feststehender Begriff für ein Verfahren ist, welches auf der Basis internationaler Normen und der europäischen Verordnung 765/2008 sowie einer staatlich beauftragten Stelle reguliert ist. In Deutschland ist dazu die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS) per Gesetz eingerichtet. Sie akkreditiert Einrichtungen, die Zertifizierungen vornehmen dürfen. Ein wesentliches Verfahrensmerkmal von Zertifizierung ist die Unabhängigkeit des Zertifizierers von derjenigen Einrichtung, welche die Regeln für die Zertifizierung aufstellt.

Diesen Anforderungen genügen die Regelungen des vorliegenden Regierungsentwurfs nicht. Auch ist darauf hinzuweisen, dass mit der Zertifizierung noch keine Qualitätssicherung der zertifizierten Leistung sichergestellt ist, wie es § 20 Abs. 2 Satz 2 sowie Passagen des Begründungstextes implizieren. Die Qualitätssicherung von Präventionsleistungen sollte auf jeden Fall unabhängig von den Krankenkassen als Leistungsanbieter erfolgen.

Zudem ist anzumerken, dass die im Regierungsentwurf vorgesehene Formulierung des § 20 Abs. 5 Satz 1 insofern korrekturbedürftig ist, als Krankenkassen nicht alleinige Erbringer von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 4 Nummer 1 sind. Nach der Gesetzessystematik des SGB V (siehe Kapitel 4) sind sie gar nicht als Leistungserbringer vorgesehen.

Zu § 20 Abs. 5 Satz 2:

Der Regierungsentwurf sieht in § 20 Abs. 5 Satz 2 vor, dass die Krankenkasse bei der Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention zukünftig eine Präventionsempfehlung zu berücksichtigen hat, die von einem Arzt im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 Satz 2, einer Kinder-Untersuchung nach § 26 Abs. 1 Satz 3 oder im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge ausgestellt wurde.

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass auch der Regierungsentwurf mit der von einem Arzt ausgestellten Präventionsempfehlung eine Verbindung zwischen den Leistungen der Krankenkassen zur individuellen Verhaltensprävention und bereits bestehenden ärztlichen Prä-

ventionsleistungen herzustellen versucht. Nach dem vorliegenden Regierungsentwurf soll der Arzt jedoch lediglich im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung eine Bescheinigung ausfüllen, die eine Empfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention und eine Information über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen beinhaltet (siehe § 25 Abs. 1). Diese Empfehlung soll nach § 20 Abs. 5 von der Krankenkasse bei der Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt werden. Dabei stellt der Gesetzgeber im Begründungstext klar, dass die Inanspruchnahme von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention auch weiterhin ohne ärztliche Empfehlung möglich sein soll (siehe Begründungstext zu Artikel 1 Nummer 4, Seite 39/40).

Eine wirksame Primärprävention durch den Arzt sollte jedoch nicht auf das Ausstellen einer Bescheinigung beschränkt werden. Vielmehr sollte die vorgesehene Präventionsempfehlung nach Auffassung der Bundesärztekammer in ein umfassendes ärztliches Präventionsmanagement integriert werden:

- Die Präventionsempfehlung sollte das Ergebnis einer Exploration und Bewertung bestehender gesundheitlicher Belastungen wie auch Ressourcen des Patienten und eines darauf aufbauenden motivierenden ärztlichen Gesprächs darstellen.
- Eine primärpräventive Beratung und eine darauf aufsetzende Präventionsempfehlung sollten auch zu anderen medizinischen Anlässen als zu Vorsorgeuntersuchungen strukturell vorgesehen und entsprechend vergütet werden. Hier bieten sich insbesondere solche Patienten-Arzt-Kontakte an, in denen gesundheitliche Probleme thematisiert werden, die einer Prävention gut zugänglich sind.
- Die Empfehlung sollte sich nicht allein auf präventive Kursangebote der Krankenkassen beschränken, sondern auch andere gesundheitsförderliche Maßnahmen und Angebote berücksichtigen – zumal geeignete Krankenkassenkurse nicht flächendeckend angeboten werden können.
- Im Kontext der Kinder- und Jugenduntersuchungen sollte die ärztliche Präventionsempfehlung nicht nur auf Präventionsangebote der Krankenkassen, sondern auch auf regionale Angebote Früher Hilfen verweisen können. Mit dem Präventionsgesetz könnte die im Bundeskinderschutzgesetz vom 01.01.2012 noch mangelhafte Verzahnung von Gesundheitswesen (Leistungen nach SGB V) und Kinder- und Jugendhilfe (Leistungen nach SGB VIII) nachgebessert und im Ergebnis die psychischen und sozialen Ressourcen junger Eltern gestärkt werden.
- Die ärztliche Empfehlung sollte in eine Präventionsvereinbarung zwischen Arzt und Patient eingebunden werden. Diese sollte das Ergebnis einer Bewertung der bestehenden gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen, eines motivierenden Gesprächs sowie

einer Beratung über wirksame präventive Maßnahmen sein und eine ärztliche Begleitung ihrer Umsetzung sowie Bewertung ihrer Ergebnisse beinhalten.

- Entsprechend sollte die Bewertung des Erfolgs der wahrgenommenen Maßnahme durch den Arzt erfolgen, der die Empfehlung ausgestellt hat bzw. mit dem eine entsprechende Präventionsvereinbarung geschlossen wurde, und das Ergebnis zur Grundlage einer möglichen Bonifizierung präventionsorientierten Verhaltens durch die Krankenkasse gemäß § 65a Abs. 1 gemacht werden.
- Die mit der Ausstellung der ärztlichen Präventionsempfehlung verbundenen Leistungen sind im Rahmen der entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen bzw. einer hiervon unabhängigen Präventionsberatung zu bewerten und entsprechend zu vergüten.

(Siehe auch entsprechende Beschlüsse der Deutschen Ärztetage, z. B. des 117. Deutschen Ärztetages 2014, Drucksache II-01)

Zu § 20 Abs. 6:

Nach § 20 Abs. 6 sollen die primärpräventiven Ausgaben der Krankenkassen für 2015 auf 3,17 € und ab 2016 auf 7 € pro Versicherten und Jahr erhöht werden, wobei auf die Ausgaben für die Prävention in Lebenswelten und die betriebliche Gesundheitsförderung ab 2016 jeweils 2 € pro Versicherten entfallen sollen.

Die vorgesehene Stärkung der Prävention in Lebenswelten wird von der Bundesärztekammer begrüßt. Es muss allerdings sichergestellt werden, dass für die entsprechenden Leistungen ein Wirksamkeitsnachweis vorliegt bzw. dieser aufgrund bestehender Studien zu erwarten ist. Auch dürfen diese Leistungen keine bereits bestehenden Leistungen der allgemeinen Daseinsvorsorge der öffentlichen Hand ersetzen.

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass nach dem Regierungsentwurf auch weiterhin der größte Anteil der zu verausgabenden Summe, nämlich 3 €/Versicherten (neben den 2 € für die Prävention in Lebenswelten und weiteren 2 € für die betriebliche Gesundheitsförderung) den Kassen zur eigenen Ausgestaltung ihrer Kursangebote überlassen bleiben soll. Umso dringlicher ist es, dass für diese Mittel eine unabhängige Qualitätskontrolle sichergestellt wird (siehe § 20 Abs. 2), die Angebote der verhaltensbezogenen Prävention mit Präventionsmaßnahmen des Arztes verzahnt werden (siehe § 20 Abs. 5, Satz 2) und in die Ausgestaltung der Präventionsangebote der Krankenkassen ärztlicher Sachverstand mit einfließt (siehe § 20 Abs. 2).

§ 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Zu § 20a Abs. 1:

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass unter den förderungswürdigen Lebenswelten auch „Systeme (…) der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ aufgeführt werden. Es bedarf allerdings weiterer Konkretisierungen, welche settingbezogenen Leistungen zukünftig in diesen gefördert und angeboten werden sollen.

Zu § 20a Abs. 3:

§ 20a Abs. 3 sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit der Entwicklung, Implementierung und Evaluation kassenübergreifender Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten beauftragt und sie hierfür vom GKV-Spitzenverband einen Betrag erhält, der „mindestens einem Viertel aus dem Betrag entspricht, den die Krankenkassen nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben“ (umgerechnet ca. 35 Mio. € pro Jahr).

Nach Auffassung der Bundesärztekammer stellen die vorgesehenen zusätzlichen Mittel für die BZgA, einer dem Bundesministerium für Gesundheit nachgeordneten Bundesbehörde, eine ordnungspolitisch fragwürdige Querfinanzierung durch Mittel der Solidargemeinschaft der GKV-Versicherten dar. Zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten sollten v. a. die Akteure und Aktivitäten gestärkt werden, die mit den regionalen Gegebenheiten, insbesondere mit den Lebensbedingungen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen, vertraut sind. Hierzu gehört insbesondere auch der Öffentliche Gesundheitsdienst (siehe auch unsere nachfolgenden Ausführungen zu § 20f).

§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung

Zu § 20b Abs. 1:

Die in § 20b Abs. 1 vorgesehene ergänzende Nennung der Betriebsärzte hinsichtlich der Erhebung der gesundheitlichen Situation in Betrieben und zur Entwicklung und Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wird seitens der Bundesärztekammer begrüßt.

Die Gesundheitsförderung in kleinen und mittelständischen Betrieben ist eine besondere Herausforderung und sollte durch das geplante Gesetz gestärkt werden. Die Aufgaben der nach § 20b Abs. 3 und 4 einzurichtenden regionalen Koordinierungsstellen sollten in diesem Sinne konkretisiert werden.

§ 20d und e: Nationale Präventionsstrategie und Nationale Präventionskonferenz

Die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Daher sind die Entwicklung einer umfassenden und abgestimmten Strategie sowie ein engerer Austausch der schon jetzt in der Prävention tätigen Träger der Sozialversicherung in einem gemeinsamen Gremium sinnvoll.

Aus diesem Grunde sollte die Entwicklung einer sog. „Nationalen Präventionsstrategie“ nicht auf die in § 20d Abs. 1 genannten Sozialversicherungsträger beschränkt werden. Um dem im Namen ausgedrückten Anspruch einer „Nationalen“ Präventionskonferenz gerecht zu werden, sollte in diesem Gremium ein breites Spektrum der für die Prävention relevanten Spitzenorganisationen vertreten sein. Eine Nationale Präventionskonferenz ohne Vertretung der Ärzteschaft ist nicht zielführend. Umso mehr irritiert, dass der Regierungsentwurf im Unterschied zum Referentenentwurf nun mit Artikel 1 Nr. 20 eine Änderung des § 140f Abs. 2 SGB V vorsieht, mit der den Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten in der Nationalen Präventionskonferenz ein Vertretungsrecht mit beratender Stimme eingeräumt werden soll. Dieser neue Sachverhalt findet hingegen in § 20e des Regierungsentwurfs selbst keine Erwähnung.
Nach § 20e Abs. 2 soll neben der Nationalen Präventionskonferenz zusätzlich ein beratendes Präventionsforum eingerichtet werden. Der Gesetzentwurf sieht für dieses jedoch weder Einwirkungsmöglichkeiten auf die Nationale Präventionskonferenz noch Mitbestimmungsrechte bei der Erstellung der Präventionsstrategie vor. Dem Forum sollen laut Regierungsentwurf „die für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände“ angehören, zu denen insbesondere auch „die der Selbsthilfe und die Fachmigrantenorganisationen“ [sic – siehe Begründungstext S. 45] gehören. Hingegen finden die Spitzenorganisationen der ärztlichen Selbstverwaltung auch an dieser Stelle keine Erwähnung. Die Zusammensetzung des Präventionsforums soll letztlich einer durch die Nationale Präventionskonferenz zu verabschiedenden Geschäftsordnung vorbehalten bleiben (siehe Begründungstext S. 45 zu § 20e Abs. 2).

Mit der in den §§ 20d und e des Regierungsentwurfs vorgesehenen organisatorischen Struktur kann kein breiter gesellschaftlicher (nationaler) Konsens über die Ausrichtung präventiver

Maßnahmen erzielt werden. Mit den Regelungen zum Präventionsforum bliebe es ausschließlich den Sozialversicherungsträgern überlassen zu entscheiden, von welchen Verbänden sie sich in der Prävention beraten lassen wollen. Nach Auffassung der Bundesärztekammer ist auf jeden Fall sicherzustellen, dass in den beratenden und beschlussfassenden Präventionsgremien ärztlicher Sachverstand über die Spitzenorganisationen der ärztlichen Selbstverwaltung und die Organisationen der Betriebsärzte sowie der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vertreten ist. Dies umso mehr, als der Regierungsentwurf nun den Interessensvertretungen der Patientinnen und Patienten ein solches Recht einräumen will.

Änderungsvorschlag für § 20e Abs. 1:

> (1) Die Aufgabe der Entwicklung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie wird von der Nationalen Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 ***sowie den Spitzenorganisationen der ärztlichen Selbstverwaltung*** mit je zwei Sitzen wahrgenommen. (…)

§ 20f Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, dass über die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung auf Landesebene zu schließenden Rahmenvereinbarungen die bestehenden lebensweltbezogenen Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) gestärkt bzw. sinnvoll ergänzt werden. Der ÖGD besitzt auf der kommunalen Ebene ausgewiesene bevölkerungsmedizinische Kompetenzen und Strukturen, die für die lebensweltbezogene Prävention genutzt werden sollten.

Änderungsvorschlag für § 20f Abs. 1:

> ***(1)*** Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen ***in Zusammenwirken mit den für die Prävention und Gesundheitsförderung in den Ländern zuständigen Stellen*** mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung ~~**sowie mit den in den Ländern zuständigen Stellen**~~ gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene. Die für die Rahmenvereinbarungen maßgeblichen Leistungen richten sich nach § 20 Absatz 4 Nummer 2 und 3, nach den §§ 20a bis 20c sowie nach den für die Pflegekassen für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung jeweils geltenden Leistungs-

gesetzen ***und sollten flächendeckend angeboten werden. Den in den Gesundheitsdienstgesetzen beschriebenen Aufgaben und Zuständigkeiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Koordination und Steuerung von Prävention und Gesundheitsförderung ist bei dem Abschluss der Rahmenvereinbarung Rechnung zu tragen.***

§ 20g Modellvorhaben

Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass sich für die Durchführung bzw. Koordination regionaler Modellvorhaben zur Prävention auch regionale Ärztenetze eignen.

§ 25 Gesundheitsuntersuchungen

Zu § 25 Abs. 1:

Bislang haben gemäß § 25 Abs. 1 SGB V „Versicherte, die das fünfunddreißigste Lebensjahr vollendet haben, jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten." Nach dem vorliegenden Regierungsentwurf soll diese Gesundheitsuntersuchung zukünftig durch einen allgemeinen Anspruch auf „alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen" ersetzt werden. Nach § 25 Abs. 4 obliegen die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der Untersuchungen sowie die Festlegung der zeitlichen Intervalle dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (siehe auch Begründungstext S. 50).

Grundsätzlich ist zu begrüßen, die Gesundheitsuntersuchungen zukünftig stärker auf die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen auszurichten, die Überprüfung des Impfstatus mit einzubeziehen und eine präventionsorientierte Beratung und die Ausstellung einer ärztlichen Präventionsempfehlung in die Untersuchung mit zu integrieren.

Die Bundesärztekammer weist aber nachdrücklich darauf hin, dass mit der im Regierungsentwurf vorgesehenen weitgehenden Auflösung der bisherigen Untersuchungsstruktur die Gefahr besteht, dass den GKV-Versicherten zukünftig nur noch wenige Gesundheitsuntersuchungen angeboten werden könnten, wenn für jede von diesen zunächst ein Nachweis über ihren medizinischen Nutzen erbracht werden soll. Besonders im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ist es mitunter schwierig, innerhalb eines vergleichsweise kurzen Zeitraums den spezifischen Nutzen bestimmter Untersuchungen und Beratungen für jeweils

spezifische Altersgruppen auf wissenschaftlicher Basis nachzuweisen. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass an die primärpräventiven Angebote der Krankenkassen keine vergleichbaren Maßstäbe angelegt werden.

Unterstrichen wird die Befürchtung, dass das Gesetz zu einem Abbau bestehender präventiver Gesundheitsuntersuchungen führen könnte, durch die Ausführungen des Begründungstextes zum Regierungsentwurf. In diesem heißt es hinsichtlich des Erfüllungsaufwandes der neuen Regelungen, dass „die gesetzlichen Änderungen (…) dem G-BA eine kostenneutrale Umstrukturierung der bestehenden Gesundheitsuntersuchung“ ermöglichen würden (siehe Begründungstext S. 31).

Darüber hinaus ist zu kritisieren, dass der Gesetzentwurf zwar eine umfassende Umgestaltung der Gesundheitsuntersuchungen vorsieht, im Begründungstext aber – unter Vorwegnahme der inhaltlichen Ausgestaltung der zukünftigen Untersuchungen durch den G-BA – bereits festgestellt wird, dass diese für die Krankenkassen kostenneutral erfolgen könne und die derzeit im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) „kalkulierte Zeit zur Bewertung des ärztlichen Leistungsanteils für die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung mit 26 Minuten“ bereits „großzügig bemessen“ sei (siehe Begründungstext S. 31).

Will man jedoch, wie im Gesetz angelegt, eine quantitative und qualitative Neugestaltung der Vorsorgeuntersuchungen mit zusätzlichen ärztlichen Leistungen realisieren, muss dieser Mehraufwand auch in der ärztlichen Vergütung entsprechend abgebildet werden. Letztlich muss die angestrebte Umgestaltung der Vorsorgeuntersuchungen den Verhandlungen im G-BA sowie dem Bewertungsausschuss mit offenem Ausgang über das hierfür erforderliche Kostenvolumen überlassen bleiben.

Ein Gesetz, das der Prävention zu mehr gesellschaftlicher Bedeutung verhelfen und hierfür die erforderlichen Strukturen und Leistungen schaffen will, darf nicht nur den Trägern in den Lebenswelten oder der BZgA mehr Mittel zusichern, es muss auch die von Ärzten zusätzlich zu erbringenden Leistungen angemessen honorieren.

<u>Änderungsvorschlag für § 25 Abs. 1:</u>

(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben ***alle fünf Jahre*** Anspruch auf ***mindestens eine*** alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchung~~en~~ zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Be-

ratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes. (…).

Zu § 25 Abs. 3:

Die vorgesehene Neuregelung der Gesundheitsuntersuchungen sieht zudem vor, dass der G-BA für den Fall, dass notwendige Erkenntnisse über den medizinischen Nutzen einer Gesundheitsuntersuchung fehlen, „eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung“ entsprechend § 137e SGB V beschließen kann. In diesem Fall soll sich für den G-BA die Frist zum Erlass einer entsprechenden Richtlinie um zwei Jahre verlängern.

Es ist zunächst darauf hinzuweisen, dass sich hinsichtlich der im Regierungsentwurf vorgesehenen Erprobungsregelung Inkonsistenzen zwischen § 137e SGB V sowie dem Gesetzes- und dem Begründungstext ergeben, die einer weiteren Klärung bedürfen:
Während der Gesetzestext den Beschluss einer „Richtlinie zur *inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung* der Gesundheitsuntersuchung“ durch den G-BA vorsieht, spricht der Begründungstext von einer „Erprobung hinsichtlich des *medizinischen Nutzens*“, die mit einer „Erprobung der *organisatorisch-inhaltlichen Ausgestaltung* der Gesundheitsuntersuchung“ verbunden werden soll. In § 137e Abs. 1 wiederum wird die Formulierung „*Bewertung des Nutzens einer Methode* verwendet.

Es erscheint zweifelhaft, ob für die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung einer Gesundheitsuntersuchung mit Hilfe einer Erprobungs-Richtlinie des G-BA Evidenz nach wissenschaftlichen Maßstäben generiert werden kann.

Darüber hinaus gelten hinsichtlich der vorgesehenen Einführung einer Erprobungsregelung für Gesundheitsuntersuchungen mit unklarem Nutzen die bereits unter § 25 Abs. 1 gemachten Ausführungen.

<u>Änderungsvorschlag für § 25 Abs. 3:</u>

Ersatzlose Streichung der nachfolgenden Passage:

(3) (…)

~~Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen über eine Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 fest, dass notwendige Erkenntnisse fehlen, kann er eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltli-~~

~~**chen und organisatorischen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung beschließen. § 137e gilt entsprechend.**~~

§ 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Zu § 26 Abs. 1:

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass die Kinder- und Jugenduntersuchungen gemäß § 26 SGB V zukünftig auf den Zeitraum bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ausgeweitet sowie inhaltlich stärker auf eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken ausgerichtet werden sollen. Die nun ergänzend aufgenommene Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus ist ebenfalls positiv anzumerken. Auch erkennt die Ärzteschaft an, dass in die Kinderuntersuchungen die Ausstellung einer ärztlichen Präventionsempfehlung integriert werden soll.

Die in Verbindung mit den Kinder-Untersuchungen geplante Präventionsempfehlung wird allerdings in ihrem präventiven Potenzial geschwächt, wenn sie – wie im Regierungsentwurf vorgesehen – nur auf „Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5“ verweisen soll. Um eine wirksame Stärkung der Gesundheit unserer Kinder zu erreichen, müsste die Empfehlung auch auf andere Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und insbesondere auf Angebote der Frühen Hilfen nach SGB VIII hinweisen und an diese weitervermitteln. Dadurch würde eine bessere Verzahnung der präventiven Hilfen des neuen Gesetzes mit den durch das Bundeskinderschutzgesetz geschaffenen regionalen Strukturen Früher Hilfen möglich. Für belastete Eltern könnten auf diese Weise gemeindenahe Ressourcen erschlossen werden, durch die sie in ihrer Erziehungsfunktion stabilisiert und die Gesundheit des Kindes gefördert werden kann. Zudem sollte auf der Präventionsempfehlung eine Rückmeldung an den ausstellenden Arzt vorgesehen werden. Die mit der Ausstellung der Präventionsempfehlung verbundene Mehraufwand ist bei der Honorarbemessung entsprechend zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag für § 26 Abs. 1 Satz 3 und 4:

(1) (…)

Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für ~~**Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5,**~~ ***qualitätsgesicherte Angebote zur Prävention***, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann***, sowie für regionale Angebote Früher Hilfen oder ande-***

re Hilfen nach SGB VIII zur Förderung einer gesunden Kindesentwicklung. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt***, die auch eine Rückmeldemöglichkeit der empfohlenen Einrichtung an den untersuchenden Arzt enthält***.

Um Kinder aller Bevölkerungsschichten gleichermaßen erreichen zu können und ein kontinuierliches Monitoring ihrer gesundheitlichen Entwicklung zu ermöglichen, sollten darüber hinaus die Schuluntersuchungen gestärkt und flächendeckend sichergestellt werden.

§ 65a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass Versicherte auch durch Boni zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise motiviert werden sollen. Im Regierungsentwurf wurden allerdings die noch im Referentenentwurf vorgesehene Form einer Bonuszahlung sowie die Überprüfung der Zielerreichung präventiver Maßnahmen durch die Krankenkasse wieder zurückgenommen.

Es erscheint jedoch sinnvoll, eine Bonifizierung an die Erreichung bestimmter Zielkriterien zu koppeln. Sinnvoll wäre die Einbindung in ein ärztliches Präventionsmanagement – wie es unter § 20 Abs. 5 bereits dargestellt wurde.

§ 132e Versorgung mit Schutzimpfungen

Positiv wird seitens der Bundesärztekammer festgestellt, dass zukünftig in den von den Krankenkassen zu schließenden Verträgen über die Durchführung von Schutzimpfungen Betriebsärzte explizit mit aufgeführt werden. Schließlich können über Betriebsärzte auch solche Versicherte für Impfungen erreicht werden, die andernfalls zu diesem Zweck keine Ärzte aufsuchen würden.

§ 132f Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte

Nach § 132f soll es den Krankenkassen zukünftig möglich sein, mit geeigneten Betriebsärzten Verträge zur Durchführung von betrieblichen Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 zu schließen.
Diese Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 sollten Gesundheitsuntersuchungen niedergelassener Ärzte ergänzen und darauf ausgerichtet sein, insbesondere solche Versicherte zu erreichen, die durch die vertragsärztliche Versorgung andernfalls nur schlecht erreicht werden

würden. Auch in diesem Paragraphen sollte entsprechend § 20 Abs. 5 Satz 2 auf eine durch den Betriebsarzt auszustellende ärztliche Präventionsempfehlung hingewiesen werden.

2. Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

Die vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen werden begrüßt.

3. Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Der Regierungsentwurf sieht vor, § 34 Abs. 10 des Infektionsschutzgesetzes um einen Absatz 10a zu ergänzen, nach dem die Personensorgeberechtigten zukünftig bei einer Erstaufnahme ihres Kindes in eine Kindertageseinrichtung den Nachweis einer ärztlicher Beratung in Bezug auf den Impfschutz des Kindes erbringen müssen.

Die Bundesärztekammer begrüßt die damit verbesserte Möglichkeit, Eltern über die Notwendigkeit der von der STIKO empfohlenen Impfungen zu informieren und die Durchimpfungsrate der Bevölkerung zu erhöhen. Der Gesetzgeber folgt damit der entsprechenden Empfehlung der STIKO an das Bundesministerium für Gesundheit (siehe Stellungnahme der STIKO zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention mit Bearbeitungsstand 14.10.2014).

Zusammenfassung

Positiv hervorzuheben ist, dass Ärztinnen und Ärzten im Regierungsentwurf eine wichtige Rolle hinsichtlich der primärpräventiven Beratung und Begleitung ihrer Patienten und des Abbaus gesundheitsschädigender Verhaltensweisen zugewiesen wird:

Ärztinnen und Ärzte sollen laut Entwurf im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen eine ärztliche individuelle Präventionsempfehlung abgeben, die auf einer strukturierten Erfassung der vorliegenden Risikofaktoren, deren Kommunikation gegenüber dem Patienten und der Auswahl einer geeigneten Präventionsmaßnahme basiert.

Die Instrumente „Präventionsempfehlung“ und die damit verknüpfte „präventionsorientierte Beratung“ sind zu befürworten, wenn

- sichergestellt ist, dass der Beratung eine Erfassung der vorliegenden Risikofaktoren/Ressourcen der Patienten vorausgeht,
- sie nicht alleine an strukturierte Vorsorgeuntersuchungen gebunden werden, um nicht primär solche Patientengruppen zu erreichen, die sich bereits durch ein hohes Gesundheitsbewusstsein auszeichnen,
- sie in Form einer strukturierten Präventionsberatung auch bei kurativen Behandlungsanlässen durchgeführt werden können. Hier muss eine entsprechende Honorierung der entsprechenden Leistungen vorgesehen werden,
- sichergestellt ist, dass die Krankenkassen in ihren Leistungen entsprechende Präventionsmaßnahmen anbieten,
- die Präventionsempfehlung nicht ausschließlich auf präventive Kursangebote der Kassen eingeschränkt ist,
- die Ärzte den Erfolg oder Nicht-Erfolg der Maßnahme strukturiert überprüfen können. Andernfalls bleiben Ärztinnen und Ärzte lediglich Zuweiser in Krankenkassenkurse, deren Qualität und Ergebnis alleine die Kassen definieren. Die notwendige Trennung von Leistungsanbieter und Zertifizierer ist sicherzustellen.

Insgesamt bedeuten eine strukturierte Präventionsberatung und die Suche nach geeigneten Präventionsangeboten einen nicht zu vernachlässigenden zeitlichen und bürokratischen Aufwand in der Praxis, der entsprechend zu bewerten und zu honorieren ist. Ob sich daraus für die Krankenkassen ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand ergibt, lässt sich erst dann feststellen, wenn die inhaltliche und organisatorische Neustrukturierung der Gesundheitsuntersuchungen durch den G-BA abgeschlossen ist.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(27)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
21.04.2015

finale Stellungnahme

GS 11

Nürnberg, den 21. November 2014

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention; Vorschlag für eine Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit im Rahmen des Anhörungsverfahrens

Arbeitslosigkeit und Gesundheit beeinflussen sich wechselseitig. Bereits heute weist jeder dritte Leistungsberechtigte in der Grundsicherung gesundheitliche Einschränkungen auf (IAB-Studie „Soziale Sicherung" /2009). Nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes sind Arbeitslose im Vergleich zu Beschäftigten häufiger krank, sterben früher und verhalten sich in höherem Maße gesundheitsriskant (RKI, 2012). Die Bundesagentur für Arbeit hat deshalb in ihrer Beratung sowie in ihren Prozessen und Produkten verschiedene eigene Maßnahmen zur Gesundheitsorientierung Arbeitsloser ergriffen und leistet damit für beide Rechtskreise einen signifikanten Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention. Sie hält mit ihren Fachdiensten (dem Berufspsychologischen Service und dem Ärztlichen Dienst) fachkompetente Ansprechpartner und Dienstleister für die berufliche (Wieder-)Eingliederung von Arbeitslosen bereit. Die gemeinsamen Einrichtungen machen - sofern kein spezifisches Angebot der Krankenkassen bereitgestellt wird – schon heute von den Möglichkeiten Gebrauch, Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik mit gesundheitsorientierenden Elementen zu ergänzen. Darüber hinaus stärkt die Bundesagentur die Kompetenzen ihrer Fachkräfte durch Qualifikationsmaßnahmen in den Handlungsfeldern ressourcen- und lösungsorientierter Beratung sowie in Themengebieten, die eine spezifische, gesundheitsorientierende Fachlichkeit erfordern (z.B. für die Integrationsarbeit mit Sucht- oder chronisch erkrankten Leistungsbeziehern.) Die Bundesagentur für Arbeit begrüßt daher die im Referentenentwurf verankerte Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention.

Nach § 20 Abs. 1 Satz 2 des Entwurfs sollen die Leistungen der Krankenkassen – wie bisher - insbesondere zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Mit Blick auf die in besonderem Maß betroffene Gruppe der Arbeitslosen in den Systemen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) und der Arbeitsförderung (SGB III) regt die Bundesagentur für Arbeit folgende Verbesserungen an:

1. **Benennung von Arbeitslosen und erwerbsfähigen Leistungsberechtigten der Grundsicherung für Arbeitsuchende als Zielgruppe für Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung**

Obwohl Arbeitslosigkeit einen erheblichen Risikofaktor für die Gesundheit der Betroffenen darstellt und Arbeitslose in besonders hohem Maß von Maßnahmen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung profitieren können, werden sie im Entwurf nicht explizit als Zielgruppe solcher Maßnahmen genannt. Erhebungen belegen aber, dass Arbeitslose von den Angeboten der Krankenkassen nicht bzw. nur vereinzelt erreicht werden: nach dem Präventionsbericht der gesetzlichen Krankenkassen aus dem Jahr 2013 wurden im Jahr 2012 nur 31 von insgesamt 5.713 dokumentierten Aktivitäten zur Gesundheitsförderung in Settings für die Zielgruppe „Arbeitslose" durchgeführt (GKV-Spitzenverband und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2013). Das entspricht lediglich einem Anteil von ca. 0,5 % obwohl auch schon nach geltendem Recht die Leistungen zur Primärprävention „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen sollen" (§ 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Für den Teilbereich der Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention (v.a. Präventionskurse) liegen keine bundesweiten Daten vor. Auswertungen des BKK-Bundesverbandes zeigen, dass die Kursteilnahmequote im Jahr 2003 unter arbeitslosen Männern bei 1,6 und unter arbeitslosen Frauen bei 6,5 Teilnehmern je 1.000 versicherten Personen lag. Dagegen nahmen von den pflichtversicherten Frauen im Durchschnitt 9 je 1.000 Mitglieder und bei den pflichtversicherten Männern 2,2 je 1.000 Mitglieder teil. Insofern sind Arbeitslose bei den Kursen nach § 20 SGB V generell sowohl bei Männern als auch bei Frauen erheblich unterrepräsentiert (vgl. die Gesundheitsberichterstattung des Bundes

„Gesundheit in Deutschland", Berlin, 2006, S. 131). Die vom Robert-Koch-Institut durchgeführte Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009" (RKI 2011) zeigt ebenfalls wie die DEGS1-Studie (Jordan & Lippe 2013), dass verhaltenspräventive Maßnahmen wesentlich seltener von Personen mit niedrigem Sozialstatus in Anspruch genommen werden.

Um im Sinne der Betroffenen und der Zielsetzung des Gesetzes entsprechend zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit eine notwendige Verbesserung in der Inanspruchnahme zu erreichen, empfiehlt die Bundesagentur für Arbeit, Arbeitslose und erwerbsfähige Leistungsberechtigte der Grundsicherung für Arbeitsuchende explizit als Zielgruppe für Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung gesetzlich zu benennen. Dies gilt sowohl für Leistungen der primären Prävention (v. a. Präventionskurse) als auch für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach dem Setting-Ansatz.

Die fehlende Zielgruppenbestimmung wiegt umso schwerer, weil auch die Anforderung „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen" gesetzlich nicht durch Teilziele, Umsetzungsstrategien, Koordinationsstrukturen und Interventionsansätze konkretisiert wurde. Die Arbeitsuchenden in der Grundsicherung und Arbeitsförderung sind besonders von sozial bedingter Ungleichheit der Gesundheitschancen und durch hohe Armutsgefährdung gemäß den Armuts- und Reichtumsberichten der Bundesregierung betroffen. Sie bedürfen besonderer zielgruppenspezifischer Strategien in der arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung, die im Gesetz deshalb explizit zu integrieren und zu sichern sind. Es besteht ansonsten die Gefahr, dass diese Zielgruppe auch weiterhin entgegen der Intention des Gesetzgebers nur unterproportional durch die Gesundheitsförderung bedacht wird. In letzter Konsequenz trägt dann die Praxisausführung nicht zur beabsichtigten Verminderung sozial bedingter sozialer Ungleichheit von Gesundheitsschancen, sondern im Gegenteil eher zu ihrer Vergrößerung aufgrund der Mittelallokation und den Selektionseffekten in der Inanspruchnahme bei.

2. Erleichterung des Zugangs von Arbeitslosen und erwerbsfähigen Leistungsberechtigten der Grundsicherung für Arbeitsuchende zu Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention

Damit Arbeitslose und erwerbsfähige Leistungsberechtigte der Grundsicherung für Arbeitsuchende in angemessenem Umfang an Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention partizipieren können, müssen Zugangshürden abgebaut werden, die gerade für diese Zielgruppe eine besondere Erschwernis darstellen. Praxiserfahrungen belegen, dass Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende oftmals keine Möglichkeit zur Erbringung von Eigenanteilen und/oder Vorleistungen haben. Deshalb sollen die Krankenkassen gesetzlich dazu verpflichtet werden, die Maßnahmekosten für Arbeitslose und erwerbsfähige Leistungsberechtigte der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach vorheriger Prüfung und Genehmigung der Maßnahme vollständig direkt zu übernehmen.

Damit eine aufwändige individuelle Zuordnung und Abrechnung nach Kassenzugehörigkeit unterbleibt, sollten im Gesetz Bestimmungen zur kassenübergreifenden Finanzierung und Abrechnung von Leistungen der individuellen Verhaltensprävention verankert werden.

Zwar hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in dem von ihm herausgegebenen „Leitfaden Prävention" mit Blick auf Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention „Kriterien für eine erleichterte Inanspruchnahme durch sozial benachteiligte Zielgruppen" erstellt. Hierbei handelt es sich jedoch um Sollbestimmungen, die nach den Erkenntnissen der Bundesagentur für Arbeit lediglich sehr vereinzelt umgesetzt werden. Da die bisher ergriffenen untergesetzlichen Maßnahmen demzufolge bislang ohne ausreichende Wirkung

für die benachteiligte Gruppe der Arbeitslosen geblieben sind, ist eine entsprechende gesetzliche Festlegung erforderlich.

3. Verbesserung der Mitgestaltungsmöglichkeiten bei Maßnahmen der primären Prävention und Gesundheitsförderung durch die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Grundsicherung

Der Referentenentwurf sieht eine Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit/der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende an der Entwicklung und Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie lediglich im Kontext der Vereinbarung der bundes- und landesweiten Rahmenempfehlungen vor (§ 20d Abs. 2 Ziffer 1, letzter Satz bzw. § 20f Abs. 2 Sätze 2 und 3). Die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Grundsicherung werden jeweils „an der Vorbereitung" der Rahmenvereinbarungen beteiligt. Sie können den Vereinbarungen beitreten. Zur Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten für Arbeitslose sollte die Bundesagentur sowohl im Verfahren nach § 20 Abs. 2 einbezogen als auch im Rahmen der nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Abs. 1 mit beratender Stimme beteiligt werden.

4. Verbesserung der Transparenz bei der Leistungserbringung des Kassensystems für Arbeitslose und erwerbsfähige Leistungsberechtigte der Grundsicherung für Arbeitsuchende

Zur Verbesserung der Transparenz beim Mitteleinsatz von Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung regt die Bundesagentur für Arbeit die gesetzliche Festschreibung von Orientierungswerten für alle Zielgruppen/Lebensweltsegmente an. Darüber hinaus sollte eine Berichtspflicht zum Umfang des tatsächlichen Mitteleinsatzes eingeführt werden, damit Transparenz darüber hergestellt wird, in welchem Umfang die jeweiligen Zielgruppen/Lebensweltsegmente auch tatsächlich erreicht werden.

Der gem. Referentenentwurf alle 4 Jahre zu erarbeitende Präventionsbericht (§ 20d Abs. 2 Nr. 2 Satz 1) muss aus Sicht der Bundesagentur wie bisher eine jährliche Berichterstattung vorsehen, um die Entwicklung der Gesundheitsförderung abzubilden und eine adäquate Steuerung des Fördergeschehens zu ermöglichen. Um der Intention des Gesetzes Rechnung zu tragen, empfiehlt die Bundesagentur für Arbeit insgesamt, eine verbesserte zielgruppenspezifische Präventionsberichterstattung aufzubauen.

Optional

5. Förderung von Modellvorhaben

Sollte die unter Ziffer 1 vorgeschlagene Benennung von Arbeitslosen und erwerbsfähigen Leistungsberechtigten der Grundsicherung für Arbeitsuchende als Zielgruppe für Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung unterbleiben, empfiehlt die Bundesagentur für Arbeit die Aufnahme einer gesonderten, zeitlich befristeten Vorschrift in den Kontext der Neuregelungen des SGB V. In dieser Vorschrift sollte ein belastbarer gesetzlicher Rahmen für Modellvorhaben der Bundesagentur für Arbeit, der Träger der Grundsicherung und der Krankenkassen für die Zielgruppe der Arbeitslosen und erwerbsfähigen Leistungsberechtigten der Grundsicherung gesetzt werden. Das im Bereich der Lebensweltförderung angesiedelte Modellprojekt zwischen der Bundesagentur für Arbeit und dem GKV-Spitzenverband sollte dabei als Ausgangspunkt einer gesetzlichen Ausgestaltung herangezogen werden.

Die bisherigen konventionellen „Setting"-Ansätze der Gesetzlichen Krankenversicherung zielen primär auf Lebenswelten ab, in denen sich Arbeitslose wenig aufhalten, z.B. Betriebe, Schulen und Kindergärten. Über Modellvorhaben sollte die Entwicklung von neuen, wissenschaftlich begleiteten Interventionsansätzen in arbeitsmarktnahen Settings und Lebenswelten von Arbeitslosen sowie innovative Kooperationsprojekte in Verbindung mit

Maßnahmen bei Beschäftigungs- und Qualifizierungsträgern gefördert werden. In der arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung besteht noch ein erhebliches Weiterentwicklungspotenzial (Hollederer 2009, 2014).

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(21)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
20.04.2015

BAGSO e. V. • Bonngasse 10 • 53111 Bonn

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Sekretariat PA 14
Michael Thiedemann
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Per mail: Michael.thiedemann@bundestag.de

Lobby der Älteren
Die BAGSO
Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.

Bonngasse 10
53111 Bonn

Tel. 0228-24 99 93-26
kaiser@bagso.de

Bonn, den 20.04.2015

Stellungnahme

der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO)[1]

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PrävG) – BT 18/4282 (11.03.2015)

Eine wichtige Konsequenz der demografischen Entwicklung für die Gesundheitsversorgung liegt in der Alterung der Bevölkerung und dem Anstieg der Zahl hochaltriger Menschen. Dieser Anstieg hat erhebliche Auswirkungen auf das Krankheitsgeschehen, da im hohen Alter das Risiko von chronischen Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen deutlich steigt.

Angesichts dieser besonderen, sich durch die demografische Entwicklung ergebenden Herausforderungen begrüßt die BAGSO grundsätzlich das Anliegen des Gesetzentwurfs, Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken.

[1] Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) vertritt über ihre 111 Mitgliedsverbände die Interessen von 13 Millionen älteren Menschen in Deutschland. Die BAGSO ist eine der maßgeblichen Organisationen in der Pflegemitwirkung nach §118 SGB XI, aber auch beim Thema Gesundheit engagiert. So hat die BAGSO federführend bei der Erarbeitung des Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ des Kooperationsverbunds gesundheitsziele.de mitgewirkt und ist u.a. Mitglied im Fachbeirat „Gesund und aktiv älter werden“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Positiv zu bewerten sind aus der Sicht der BAGSO insbesondere folgende Regelungen:

- Die Erhöhung der Mittel, die die Krankenkassen für primäre Prävention und Gesundheitsförderung auszugeben haben (Ziff. 4 - § 20 Abs. 6 SGB V).
- Die Ausrichtung von Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung auf die vom Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* entwickelten Gesundheitsziele, darunter auch das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ (Ziff. 4 - § 20 Abs. 3 SGB V).
- Die Festlegung eines Mindestbetrags für Ausgaben der Krankenkassen für primäre Prävention in Lebenswelten und somit die Betonung der Bedeutung von Settings für die primäre Prävention, darunter auch die ausdrückliche Benennung der Lebenswelten älterer Menschen (Ziff. 4 - § 20 Abs. 4 Nr. 2 SGB V sowie Ziff. 5 - § 20a Abs. 3 SGB V).
- Das Ziel, dass die Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung „insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen“ sollen (Ziff. 4 - § 20 Abs. 1 SGB V).
- Die Einräumung der Möglichkeit für Versicherte mit besonderen familiären Belastungssituationen (z.B. pflegende Angehörige), erforderliche ambulante Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten (wohnortfern) zu erhalten, und die Erhöhung des möglichen Zuschusses hierfür (Ziff. 10 - § 23 Abs. 2 SGB V).
- Die Maßnahmen zur Sicherstellung der Qualität der Präventionsleistungen. (Ziff. 4 - § 20 Abs. 2 SGB V)
- Die Entwicklung einer Nationalen Präventionsstrategie sowie die Einrichtung einer Nationalen Präventionskonferenz. (Ziff. 8 - §§ 20d und 20e SGB V)

Zugleich muss die BAGSO aber auch feststellen, dass der Gesetzentwurf in wesentlichen Punkten hinter den Erwartungen der Fachkreise und hinter dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse über sinnvollerweise zu ergreifende Maßnahmen zurückbleibt.

Bereits die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986, aber z.B. auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und die sechste Altenberichtskommission haben wichtige Hinweise gegeben, hinter denen die Politik nicht zurückbleiben darf. Demnach gehen Gesundheitsförderung und Prävention weit über das Gesundheitssystem hinaus. Sie zielen auf eine Vermeidung und Verringerung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen durch eine Verringerung von Belastungen und Risiken. Sie setzen außerdem bei der Stärkung der Gesundheitsressourcen an. Dies bezieht sich einerseits auf den einzelnen Menschen, der befähigt werden soll, sein Gesundheitspotenzial zu entfalten, andererseits auf Staat und Gesellschaft, die die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung verbessern und nicht zuletzt die Einrichtungen im Gesundheitswesen neu orientieren

sollen. Ziel ist es, die gesundheitliche Ungleichheit zu verringern. Gesundheitsförderung und Prävention müssen als gesundheitsfördernde Gesamtpolitik auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden und sind als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen.

Für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ist es zentral, dass sie

- an krankmachenden Lebensbedingungen ansetzt,
- die lokale Ebene einbezieht und deren Akteure unterstützt,
- die Selbsthilfe fördert,
- die Bürgerinnen und Bürger an der Gestaltung gesunder Lebensbedingungen beteiligt und
- die Kompetenzen der Menschen zu einem gesundheitsbewussten Verhalten fördert.

Diesen Ansprüchen genügt der Entwurf nicht.

Der Gesetzentwurf reduziert Gesundheitsförderung und Prävention zu sehr auf eine Förderung der Eigenverantwortung. Gesundheit zu erhalten und zu stärken und ein gesundes, selbstbestimmtes und erfülltes Älterwerden zu erreichen, kann aber nicht allein dadurch bewirkt werden, dass man in erster Linie an die Eigenverantwortung appelliert. Das gilt erst recht für die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit. Gesundheitsverhalten hängt von vielen kognitiven, emotionalen und sozialen Faktoren sowie von Umweltbedingungen ab. Es zu beeinflussen bedarf es eines Vorgehens, das gesamtgesellschaftliches Handeln und gesamtgesellschaftliche Veränderungen einschließt.

Nach dem Gesetzentwurf (Gesetzestext und Begründung) sollen Gesundheitsförderung und Prävention in Settings stattfinden. Das greift zu kurz. Gesundheitsförderung und Prävention sollten nicht nur in Settings stattfinden, sondern Gesundheitsförderung und Prävention müssen auch darauf gerichtet sein, die Settings ggfls. zu verändern und gesundheitsförderlich zu gestalten. In diesem Zusammenhang müsste auch gewährleistet werden, dass die Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention besonders vulnerable Gruppen erreichen.

Der Gesetzentwurf stellt zu sehr auf die Sozialversicherungsträger ab. Für Gesundheitsförderung und Prävention ist aber auch – gerade für einen lebensweltlichen Ansatz - die Einbeziehung der kommunalen Ebene unverzichtbar. Aus diesem Grund sollten im Gesetzentwurf die örtlichen Strukturen genutzt und unterstützt werden. Nicht nachvollziehbar ist, dass der öffentliche Gesundheitsdienst, der kommunal verankert ist, im Gesetzentwurf keine Rolle zugewiesen bekommen hat. Er ist besonders dazu prädestiniert, vulnerable Gruppen anzusprechen. Auch die Landesvereinigungen für Gesundheit sind stärker einzubeziehen.

Im Gesetzentwurf nicht enthalten ist eine Stärkung der Präventionsforschung. Sie ist dringend notwendig und sollte sich damit befassen, welche der bisher praktizierten

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention wirksam sind und welche Zugänge zu vulnerablen Gruppen sich bewährt haben.

Im Einzelnen gibt die BAGSO folgende Hinweise:

Zu Artikel 1 Ziff. 4. (§ 20 SGB V)

1. In § 20 Abs. 1 S. 1 werden die Leistungen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung gesetzlich definiert als Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) und als Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitlichen Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung). Damit wird nur das Verhalten der Versicherten – also die Verhaltensprävention und das eigene gesundheitsförderliche Verhalten – angesprochen. Nicht angesprochen werden aber die Verhältnisse, die auch auf die Gesundheit der Versicherten einwirken können – also die Verhältnisprävention. Das ist nach dem allgemeinen Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung, wie es oben im Sinn der Ottawa-Charta beschrieben worden ist, zu eng. Wenn auch die (Veränderung der) Verhältnisse angesprochen sein sollen, dann muss das auch im Gesetzestext seinen Ausdruck finden.

Zu begrüßen ist, dass die Leistungen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen.

2. Die BAGSO begrüßt, dass in § 20 Abs. 3 bestimmt wird, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei der Festlegung der Handlungsfelder und der Kriterien für die Leistungen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 1 die Ziele und Teilziele der bisher entwickelten sieben Gesundheitsziele des Kooperationsverbunds gesundheitsziele.de zu berücksichtigen hat. Die BAGSO hält die Regelung jedoch für unvollständig.

Zum einen ist die Regelung zu statisch, weil sie zwar die sieben vorhandenen Gesundheitsziele benennt, aber künftige Entwicklungen nicht berücksichtigt. Der Gesundheitszieleprozess ist ein fortlaufender Prozess. Wenn es sich als notwendig erweist, werden neue Gesundheitsziele erarbeitet oder vorhandene überarbeitet. Es findet sich in dem Gesetzentwurf kein Hinweis darauf, wie mit neuen oder überarbeiteten Gesundheitszielen verfahren werden soll. Soll der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in gleicher Weise an neue oder überarbeitete Gesundheitsziele gebunden werden, müsste jedes Mal der Gesetzgeber tätig werden. Das erscheint zu aufwändig. Aus diesem Grund sollte eine einfachere Verfahrensweise gewählt werden. Es bietet sich z.B. an, dass dem BMG eine entsprechende Rechtsverordnungsermächtigung erteilt wird.

Zum anderen ist festzustellen, dass dem Gesundheitszieleprozess zwar eine grundlegende Bedeutung in der Zielorientierung der Gesundheitsversorgung beigemessen wird, aber nicht Sorge für eine nachhaltige Fortsetzung des Prozesses getragen wird. Vermisst wird, dass die Finanzierung der dem Gesundheitszieleprozess zugrunde liegenden Strukturen geregelt wird.

3. In Abs. 4 Nr. 2 wird festgelegt, dass die Leistungen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung in Lebenswelten der Versicherten erbracht werden. In der Begründung zu Abs. 4 werden diese sog. „Settingleistungen“ als Leistungen bezeichnet, die sich (auch) auf die Veränderung der Verhältnisse in den Lebenswelten der Versicherten beziehen. Das kommt aber im Gesetzestext selbst nicht zum Ausdruck (siehe oben Ziff. 1).

4. In Abs. 6 ist vorgesehen, dass die Krankenkassen ab 2016 für die Leistungen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung je Versicherten und Jahr 7 Euro und davon jeweils 2 Euro für Leistungen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung in Lebenswelten aufzuwenden haben. Sowohl die Anhebung der Gesamtaufwendungen als auch die Festlegung eines Mindestbetrags für Leistungen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung in Lebenswelten werden begrüßt. Mit Rücksicht auf die Bedeutung der Lebenswelten spricht sich die BAGSO allerdings dafür aus, den Mindestbetrag zu erhöhen. Sie hält einen Mindestbetrag von 3 Euro je Versichertem für angebracht.

Daneben ist vorgesehen, dass die Krankenkassen einen Mindestbetrag von 2 Euro je Versicherten und Jahr für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung aufzuwenden haben – also einen beträchtlichen Teil der für Gesundheitsförderung und Prävention insgesamt aufzuwendenden Mittel von 7 Euro je Versichertem. Ohne die Bedeutung der betrieblichen Gesundheitsförderung zu schmälern, bleibt festzustellen, dass durch diese Fokussierung große Bevölkerungsgruppen, wie z.B. Rentnerinnen und Rentner unberücksichtigt bleiben.

Zu Artikel 1 Ziff. 5 (§ 20a SGB V)

1. In Abs. 1 wird bestimmt, dass die Krankenkassen „insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ fördern. Hierzu sollen sie „unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale“ erheben und „Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten“ entwickeln und deren Umsetzung unterstützen.

Zu begrüßen ist, dass die Versicherten und die für die Lebenswelt Verantwortlichen beim Erheben der Situation und bei der Entwicklung von Vorschlägen zur Verbes-

serung der Situation beteiligt werden sollen. Allerdings ist unklar, ob mit „gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale“ nur die Situation der Versicherten in der jeweiligen Lebenswelt oder die Lebensweltsituation insgesamt – also die Verhältnisse - gemeint sind. Der Aufbau von Strukturen in Lebenswelten erfordert eine umfassendere Herangehensweise (s.o.).

2. In Abs. 2 wird geregelt, dass die Krankenkassen Leistungen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung in Lebenswelten der Versicherten erbringen können, wenn die für die Lebenswelt Verantwortlichen mit einer angemessenen Eigenleistung hierzu beitragen. Hier muss verhindert werden, dass infolge einer Überdehnung des Begriffs „angemessene Eigenleistung“ Leistungen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung in Lebenswelten der Versicherten unterbleiben. Es sollte klargestellt werden, dass die Mitarbeit an der Konzeptionierung von Maßnahmen als ausreichend angesehen werden kann.

3. In Abs. 3 ist vorgesehen, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) kassenarztübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Versicherten entwickeln und durchführen soll. Eine Stärkung der BZgA ist zu begrüßen. Die Stärke der BZgA auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention sehen wir insbesondere in der Entwicklung von Konzepten, der Durchführung von Kampagnen und der Bereitstellung von Informationsmaterialien.
Um Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nachhaltig implementieren zu können, müssen sie den spezifisch regionalen und lokalen Gegebenheiten angepasst werden. Es müssen daher unbedingt auch diejenigen Akteure eingebunden werden, die einen engen Bezug zu den Besonderheiten vor Ort haben. Neben dem Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“, dessen Kooperationspartner mit ihren Gliederungen in den Lebenswelten aktiv sind, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) und den Landesvereinigungen für Gesundheit bietet sich vor allem der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) an. Er ist bundesweit kommunal aufgestellt, als Akteur vor Ort bekannt und verfügt aufgrund langjähriger Erfahrung über Zugangswege insbesondere zu vulnerablen Gruppen. Die BAGSO schlägt deshalb vor, den ÖGD ausdrücklich in § 20a Abs. 3 S. 3 als Kooperationspartner zu benennen.

Zu Artikel 1 Ziff. 8 (§§ 20d, 20e SGB V)

1. Mit der Nationalen Präventionskonferenz (§20e) wird eine neue Struktur geschaffen, die die Aufgabe erhält, die Nationale Präventionsstrategie zu entwickeln, umzusetzen und fortzuschreiben. Dies wird im Grundsatz begrüßt. Die Mitgliedschaft und die Stimmrechte in der Nationalen Präventionskonferenz sind allerdings zu eng gefasst. Die Krankenkassen, Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die Pflegekassen erhalten als Arbeits-

gemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger (§20d) je zwei Sitze. Bund und Länder erhalten jeweils zwei Sitze mit beratender Stimme. Kommunale Spitzenverbände und die Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer erhalten jeweils einen Sitz mit beratender Stimme. Mit Rücksicht auf die Bedeutung von Ländern und insbesondere von Kommunen in Bezug auf die Gesundheitsförderung und Prävention ist für sie eine beratende Funktion zu wenig. Gerade die Kommunen sollten mehr als einen Sitz und Stimmrecht erhalten. Zu kritisieren ist außerdem dass weder die Wissenschaft noch Interessenvertreter der Versicherten beteiligt werden. Gerade letzteres widerspricht grundlegend den Forderungen der Ottawa-Charta.

2. Die Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger (§20d) entwickeln eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie, die die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Prävention und Gesundheitsförderung und die Erstellung eines Präventionsberichts umfasst. Die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen erfolgt im Benehmen mit Bundesministerien und den Ländern.

Während die Bundesagentur für Arbeit (mit Blick auf Arbeitslose) und die Träger der öffentlichen Jugendhilfe (mit Blick auf Kinder und Jugendliche) an der Vorbereitung der Präventionsstrategie beteiligt werden, fehlt die Einbeziehung von Akteuren aus dem Bereich der Seniorenarbeit und Altenhilfe. Dies lässt befürchten, dass bei der Festlegung der gemeinsamen Ziele, vorrangigen Handlungsfelder und Zielgruppen durch die Rahmenempfehlungen die Situation älterer Menschen nicht angemessen berücksichtigt werden wird.

Zu Artikel 1 Ziff. 14 (§ 25 SGB V)

Fraglich ist, ob die Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchung zu einer primärpräventiven Gesundheitsuntersuchung das in der Begründung genannte Ziel erreicht, „dass gezielt diejenigen Personen identifiziert werden, bei denen Präventionsbedarf und -potenzial besonders groß sind“. Dies setzt voraus, dass die Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchung durch vulnerable Gruppen erfolgt. Heute wird die Gesundheitsuntersuchung eher von ohnehin gesundheitsbewussten Personen in Anspruch genommen. Es ist aus dem Gesetzentwurf nicht ersichtlich, wie sich das ändern sollte. In diesem Zusammenhang ist auch die Bonusregelung (Ziff. 14 § 65a SGB V) kritisch zu sehen. Sie wird als Anreiz zu gesundheitsbewusstem Verhalten angesehen, dürfte sich aber angesichts der geschilderten Nutzungswahrscheinlichkeit eher als weitere Benachteiligung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen herausstellen.

Am Beispiel der Gesundheitsuntersuchung zeigt sich, dass der Ansatz des Gesetzentwurfs zu eng gewählt ist. Primärprävention sollte an einer ressourcenorientierten und gesundheitsfördernden Lebensweise ansetzen und darauf abzielen, unterstützende lebensweltliche Rahmenbedingungen herzustellen. Das kann nicht Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten allein sein. Wenn man hier nicht über eine in den Le-

benswelten verortete, zugehende Beratungsstelle nachdenken will, so müsste jedenfalls eine Vernetzung und Kooperation der Ärztinnen und Ärzte mit lebensweltlich orientierten Akteuren vorgeschrieben werden.

Zu Artikel 6 Ziff. 1 (§ 5 SGB XI)

1. Die Pflegekassen sollen ab 2016 mit einem Betrag von 0,30 Euro für jeden Versicherten Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen erbringen, „indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen“. Die Bemühungen, gesundheitliche Ressourcen und Fähigkeiten von Pflegebedürftigen zu stärken und damit den Vorrang von Prävention und Rehabilitation auch bei Pflegebedürftigen zu fördern, begrüßen wir. Allerdings bleibt fraglich, ob und wie diese Regelung sich in der Umsetzung von konkreten Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen niederschlagen soll. Können hiervon nur individuelle Maßnahmen oder auch strukturelle Maßnahmen bezahlt werden? Wer trägt Sorge dafür, dass die Mittel auch bei den Pflegebedürftigen ankommen? Wird es Rahmenempfehlungen geben und wer legt sie fest? Eine Verlagerung der Aufgaben der gesundheitlichen Prävention von den Krankenkassen auf die Pflegekassen sehen wir kritisch. Zudem sind hier Schnittstellenprobleme vorprogrammiert.

2. Bezeichnend ist, dass im allgemeinen Teil der Begründung (A.) sich der Punkt „Prävention in Pflegeeinrichtungen“ gar nicht findet und damit nicht als ein Schwerpunkt des Gesetzentwurfes aufgefasst wird.

3. Vor dem Hintergrund, dass 70% der Pflegebedürftigen in Deutschland zu Hause versorgt werden, halten wir es für besonders kritisch, dass die Leistungen der Pflegeversicherung zur Prävention nur in die stationäre Pflege fließen sollen. Will man das Ziel der Prävention vor und bei Pflege verwirklichen, ist es entscheidend, gerade diejenigen mit präventiven Maßnahmen zu erreichen, die (noch) zu Hause leben, also ambulant versorgt werden. Nur so kann in größerem Maße erreicht werden, Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern.

4. Der Gesetzentwurf sieht demnach vor, dass ältere Menschen und Pflegebedürftige, die (noch) zu Hause leben, lediglich Anspruch auf Leistungen der Prävention im Rahmen von § 20 und §20a SGB V haben. Umso wichtiger ist, dass sichergestellt ist, dass ihre Situation und ihre Lebenswelten in differenzierter und angemessener Weise bei der Präventionsstrategie und den Rahmenvereinbarungen zu ihrer Umsetzung Berücksichtigung finden. Hierzu bieten sich insbesondere entsprechende Landesrahmenvereinbarungen mit dem ÖGD im Allgemeinen sowie zur zahngesundheitspflegerischen Gruppenprophylaxe (entsprechend § 21 SGB V) im Besonderen an.

BAG SELBSTHILFE
Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Ansprechpartner:
Dr. Siiri Doka
Tel. 0211/31006-56
E-Mail: siiri.doka@bag-selbsthilfe.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(15)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
20.04.2015

Stellungnahme

der

Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention

BT-Drucksache 18/4282

und zum Antrag der Fraktion DIE LINKE:

„Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter

gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten“
BT-Drucksache 18/4322

sowie zum
Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN:

„Gesundheit für alle ermöglichen - Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz“
BT-Drucksache 18/4327

- Anhörung im Deutschen Bundestag am 22. April 2015 -

Als Dachverband von 121 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sowie 13 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt die BAG SELBSTHILFE ausdrücklich, dass den Krankenkassen bei Maßnahmen zur primären Prävention ausdrücklich aufgegeben wird, auf eine **barrierefreie Ausgestaltung der Angebote** zu achten. Die BAG SELBSTHILFE hatte in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf darauf hingewiesen, dass etwa Menschen mit geistiger Behinderung ebenso wie Menschen mit Sehbehinderungen verstärkt von Bewegungsmangel und in Folge dessen auch teilweise durch Adipositas betroffen seien. Sie nähmen jedoch häufig primärpräventive Angebote der Krankenkassen auch deswegen nicht in Anspruch, weil diese überhaupt nicht auf ihre Bedürfnisse und Einschränkungen ausgerichtet sind. Vor diesem Hintergrund wird die in der Begründung enthaltene Auftrag einer barrierefreien Ausgestaltung der Angebote sowie die **Beteiligung des Sachverstandes von Menschen mit Behinderungen** im Gesetzestext ausdrücklich sehr positiv gesehen.

Ebenfalls wird die Beteiligung der Selbsthilfe und der weiteren anerkannten Patientenorganisationen in der Nationalen Präventionskonferenz begrüßt. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE wird damit **die wichtige Rolle der Selbsthilfe als nachhaltige bürger- und gesundheitsbezogene Struktur zur Umsetzung von Präventionsprogrammen und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz** aufgegriffen. So bietet die Selbsthilfe – neben der ohnehin grundsätzlich betriebenen Tertiärprävention (Verhütung der Verschlimmerung der Krankheit)- auch primärpräventive Sport-, Informations- und Freizeitangebote an; beispielhaft sei etwa der Tag des Lärms der Tinnitus-Liga genannt und Seminare für Angehörige psychisch Kranke mit Entlastungs- und Bewältigungsangeboten im Umgang mit eigener Überforderung.

Seit Jahren leistet die **Selbsthilfe wichtige Arbeit in allen Bereichen der Prävention**; dabei wird die Finanzierung der **Arbeit der Selbsthilfe der Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention**[1] teilweise durch die Krankenkassenförderung nach § 20c (nunmehr § 20h) abgedeckt; für die Arbeit im Bereich der Primärprävention steht nunmehr nach unserem Verständnis die §§ 20, 20a, b als Förderungsmöglich-

[1] http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/GKV_Leitfaden_Selbsthilfefoerderung_2013_Web_barrierefrei_03.pdf, S. 8.

keit zur Verfügung. Die BAG SELBSTHILFE hält es insoweit für unbedingt erforderlich, auch die **Vorschriften des bisherigen § 20 c SGB V** (nunmehr § 20 h) zur Selbsthilfeförderung in den aktuellen Reformprozess einzubeziehen. Insgesamt muss angemerkt werden, dass die Selbsthilfe seit Jahren über die § 20c Förderung wichtige Arbeiten im Gesundheitssystem übernimmt und damit das Gesundheitssystem erheblich entlastet. Viele sprechen inzwischen von der Selbsthilfe als vierte Säule des Gesundheitssystems. Vor diesem Hintergrund sollte auch die Selbsthilfeförderung für die Sekundär- und Tertiärprävention nach § 20c (nunmehr § 20h) auf **1 € pro Versicherten erhöht** werden.

Um eine verlässliche Förderung sicherzustellen, sollte zudem aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE der **Anteil der pauschalen Förderung sowie der Anteil der Förderung der Bundesverbände erhöht** werden. Es sollte klargestellt werden, dass eine **Diskriminierung der Dachverbände bei der Selbsthilfeförderung nicht zulässig** ist. Ferner sollte ausdrücklich gesetzlich verankert werden, dass die Grundsätze nach § 20 c Abs. 2 nicht dazu dienen sollen, im Gesetz nicht vorgesehene Einschränkungen der Förderung vorzusehen, sondern das **Förderverfahren unbürokratisch** auszugestalten. Es wäre aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ferner zu klären, dass mit dieser Vorschrift nicht die bereits dargestellte Arbeit der Selbsthilfe im Bereich der Primärprävention abgedeckt ist[2].

Die BAG SELBSHTILFE begrüßt ferner grundsätzlich die **Zielrichtung** des vorliegenden Gesetzentwurfs, die Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung im fünften Sozialgesetzbuch fortzuentwickeln. Positiv sieht die BAG SELBSTHILFE auch den grundsätzlichen Ansatz, dabei in methodischer Hinsicht auf das bei „gesundheitsziele.de“ entwickelte Instrumentarium zurückzugreifen und die Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung über **Qualitätssicherung und Zertifizierungsmaßnahmen** einem fortlaufenden Evaluierungsprozess zu unterwerfen.

Angesichts der Tatsache, dass Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind, hält sie jedoch an sich eine Finanzierung dieser Frage

[2] http://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/GKV_Leitfaden_Selbsthilfefoerderung_2013_Web_barrierefrei_03.pdf, S. 8.

über **Steuermittel** für angebracht; auch die in den Anträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN und der Fraktion DIE LINKE angesprochene **gesamtgesellschaftliche Umsetzung der Prävention** unter Einbezug aller Akteure und insbesondere der Kommunen hält sie für dringend erforderlich. Gleichzeitig sieht sie jedoch auch, dass die Errichtung einer Präventionsstrategie in einem föderalen System unter Einbezug der verschiedenen Ebenen und Sozialleistungsträger eine Herausforderung ist und daher gesetzgeberischen und praktischen Limitierungen unterworfen ist. Es wird jedoch angeregt, der Nationalen Präventionskonferenz auch eine Entwicklung einer solchen gesamtgesellschaftlichen Präventionsstrategie aufzuerlegen und somit das Ganze als ein lernendes System zu begreifen.

Insgesamt sind die ergriffenen Maßnahmen jedoch aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE bisher noch nicht ausreichend, um eine umfassende Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung sicherzustellen. Hier ist insbesondere zu beanstanden, dass die Maßnahmen teilweise als **Satzungsleistungen in den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen** gestellt werden. Angesichts der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Prävention sollte hier eher der Augenmerk auf ein abgestimmte einheitliches Gesamtkonzept der Präventionsangebote gelegt werden als den Krankenkassen ein Sammelsurium von Handlungsfeldern anzubieten, aus dem sich diese ein passendes Satzungsangebot zusammenstellen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich die Prävention nicht nur auf den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung beschränken kann, sondern auch Kommunen und andere Sozialversicherungsträger einbeziehen muss. Ob dies mit Satzungsleistungen gelingen kann, wird diesseits bezweifelt.

Ergänzungsbedarf besteht hinsichtlich des Gesetzentwurfs insgesamt bei der genauen **Definition der Leistungen, bei den Kompetenzzuweisungen an die verschiedenen Akteure und bei den hierauf aufbauenden Vorgaben für die Kooperationsstrukturen**. Damit die geplante nationale Präventionskonferenz nicht als Debattierclub endet, sondern den Weiterentwicklungsprozess im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung tatsächlich stärken kann, sollten diese Strukturen klarer im Gesetz festgelegt werden. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE bestehen Zweifel daran, ob eine abgestimmte Präventionsstrategie ohne eine solche klare

Zuordnung, der gleichzeitigen Verortung vieler Maßnahmen als Satzungsleistungen und der Vielzahl der zu beteiligenden Akteure gelingen kann.

Zu kritisierten ist ferner, dass sich der Gesetzentwurf nach wie vor mehr auf die **Verhaltensprävention und weniger auf die Verhältnisprävention** bezieht. Hiernach sollen lediglich 2 € von 7 € zwingend in die Prävention in Lebenswelten und Betrieben fließen, der Rest kann theoretisch für individuelle Präventionsangebote verauslagt werden; dies ist angesichts der Feststellung, dass sich individuelle Angebote nur begrenzt zu langfristigen Verhaltensänderungen eignen, deutlich zu viel. Zu Recht mahnt der Antrag der Fraktion DIE LINKE einen höheren Anteil und eine stärkere Berücksichtigung der Verhältnisprävention an.

Insgesamt ist die Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung lediglich in ersten Ansätzen enthalten; hier müssten Betriebe stärker in die Pflicht genommen werden, Verhältnisse und Abläufe vor Ort gesundheitsförderlicher zu gestalten.

Auch in diesem Bereich wird die Rolle der Selbsthilfe vorliegend aber unterschätzt. Längst bestehen nämlich vielfältige **Kooperationen von Unternehmen und Selbsthilfeorganisationen**, um im Rahmen von innerbetrieblichen Weiterbildungs- und Informationsangeboten die Gesundheitskompetenz von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu stärken.

Gerade im Bereich der kleinen und mittleren Betriebe fehlt es jedoch zumeist an den Ressourcen und am Know-How, solche strukturierten Weiterbildungs- und Informationsangebote nachhaltig vorzuhalten. Hier muss die Selbsthilfe in die Lage versetzt werden, proaktiv auf die Unternehmen zuzugehen, um Angebote zu entwickeln, die auf die spezifischen Bedürfnisse von kleinen und mittleren Unternehmen zugeschnitten sind.

Der Trend zur Verhaltensprävention spiegelt auch sich in dem von der Bundesregierung angestrebten in § 1 festgelegten Ziel „die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung“ wider. Der einzelnen Person wird jegliche **Verantwortung der Gesunderhaltung und -werdung** aufgebürdet; eine Gesellschaft des „erhobenen Zeigefingers“ kann eine mögliche Folge sein. Das Gesetz

trägt insoweit noch zu wenig der Erkenntnis Rechnung, dass eine Verhaltensprävention kurzfristig wirkt und nur erfolgreich ist, wenn diese einhergeht mit der Veränderung der Lebensumstände, nicht nur im Setting, sondern auch im alltäglichen Leben. Dass jeder Bürger eine Selbst-Verantwortung trägt, dies betonen auch die Verbände der BAG SELBSTHILFE. Eine alleinige Verantwortung jedoch ist nicht das Ziel und wird auf dem Rücken sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten ausgetragen. Insbesondere den Betrieben, wo 60 % der Lebenszeit bei Vollarbeit erbracht wird, kommt eine Verpflichtung der Verhältnisprävention zu.

Zweifel hat die BAG SELBSTHILFE, ob die Ausgestaltung der Kinderuntersuchungen im Gesetzentwurf tatsächlich eine **Verbesserung im Bereich der Prävention von Kindern und Jugendlichen** bewirken können: In der Gesetzesbegründung ist dargestellt, dass die Präventionsempfehlung auf Risikoprofilen beruhen soll; für den Bereich der psychosozialen Risiken besteht die Gefahr, dass damit auch Daten zum familiären Hintergrund und zum Verhalten der Mutter/ Bezugsperson erhoben werden. Damit wird durch die mögliche Fragebogenerhebung in grundrechtlich abgesicherte Kernbereiche der Familie eingegriffen, ohne dass es für diesen Bereich empirische Belege gäbe, die eine solche Fragebogenkonzeptionierung und entsprechende Risikoprofile rechtfertigen. Insoweit besteht die Gefahr, dass bestimmte Gruppen mit vermeintlichen Risikofaktoren oder Belastungssituationen erfasst werden, ohne dass dies dazu führt, dass Fälle von Kindeswohlgefährdung in höherem Maße erkannt werden. Hinzu kommt folgendes: Die flächendeckende Wahrnehmung der U-Untersuchungen auch von Menschen in prekären Lebenssituationen liegt u.a. auch daran, dass diese **Untersuchungen kindzentriert** sind. Wenn jedoch Daten über Fragebogen zu persönlichen Lebensumständen der Familie oder der Bezugsperson erhoben werden, besteht das hohe Risiko, dass entweder unzutreffende sozial erwünschte Antworten gegeben werden oder bestimmte Gruppen die U-Untersuchungen nicht mehr wahrnehmen, weil sie Kritik oder Stigmatisierung bzw. eine Meldung an das Jugendamt befürchten.

Vor diesem Hintergrund hält die BAG SELBSTHILFE es zielführender, dass Ärzte insgesamt ausführlichere Gespräche mit Familien führen und ggf. bei entsprechenden Anhaltspunkten interdisziplinäre Unterstützung hinzuziehen; derartige Arztgespräche dürften erheblich weniger Ängste bei den Betroffenen hervorrufen und genaue-

re Ergebnisse bringen als eine Abfrage von vermeintlichen Risikofaktoren, für deren Zielgenauigkeit die empirischen Belege fehlen.

Insgesamt bemängelt die BAG SELBSTHILFE am vorliegenden Entwurf, dass eines der zentralen Probleme in der Kinder- und Jugendmedizin, der **Übergang von der Jugend- in die Erwachsenenmedizin (Transition)** zu wenig aufgearbeitet wurde. Hier kommt es häufig zu Versorgungs- und Schnittstellenproblemen, die natürlich bei den Betroffenen erhebliche Ängste und Sorgen hervorrufen, zumal sich die Jugendlichen oft auch in beruflicher Hinsicht in einer Phase verstärkter Herausforderungen befinden. Vielfach fehlt in der Erwachsenenversorgung auch die entsprechende Fachkompetenz, etwa im Bereich der angeborenen Herzfehler.

Auch die unzureichenden und uneinheitlichen Regelungen im Bereich **Frühförderung** werden bemängelt; hier hat insbesondere die schwierige Problematik der ungeklärten Kostentragung und die uneinheitlichen Leistungen zur Folge, dass die Komplexleistung Frühförderung in vielen Gebieten Deutschlands nur unzureichend umgesetzt wird. Für behinderte Kinder, für die diese Frühförderung eminent wichtig ist, bedeutet dies, dass die Leistung oft entweder gar nicht, nur in unzureichender Form oder mit Wartezeit zu erhalten ist. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

I. Stellungnahme zum Gesetzentwurf im Einzelnen

Im Einzelnen ist zu dem vorliegenden Entwurf Folgendes auszuführen:

1. Solidarität und Eigenverantwortung (§ 1 SGB V)

Die BAG SELBSTHILFE hat die Befürchtung, dass der Hinweis auf die Förderung der Eigenverantwortung zu Missverständnissen führt. Zum einen könnte daraus geschlossen werden, Krankheiten würden von dem Kranken selbst „verursacht“; dies ist allerdings regelmäßig nicht der Fall, vielmehr erhöhen manche Verhaltensweisen allenfalls das Risiko in unterschiedlichem Maße; viele Krankheiten sind schicksalhaft und nicht im geringsten durch eigenes Verhalten zu beeinflus-

sen. Ferner könnte aus der Formulierung geschlossen werden, es gelte das Verschuldensprinzip im SGB V. Das SGB V kennt jedoch – bis auf wenige Ausnahmen – ein solches Prinzip nicht. Ein solches Verschuldensprinzip würde auch zu schwierigen und verfassungsrechtlich bedenklichen Abgrenzungsschwierigkeiten führen, wie die laufende Diskussionen über den Sinn und Zweck der Verknüpfung der Früherkennung mit den Chroniker-Regelungen zeigen: Es gibt keinen evidenzbasierten Nachweis über den Nutzen der angesprochenen Programme; trotzdem soll eine Nichtteilnahme an diesen zum Anlass genommen werden, die Belastungsgrenze für die betreffenden Chroniker nicht abzusenken.

Dieser Eindruck einer Verlagerung der Verantwortung für Gesundheit und Krankheit auf die Patienten selbst wird durch die Gesetzesbegründung zu § 20 noch verstärkt: Hier wird ausdrücklich behauptet, jeder Einzelne trage die Verantwortung für die Chancen und Risiken seines Lebens; diese Formulierung dürfte von vielen Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen als völlig unangemessen empfunden werden. So ist diesseits nicht erkennbar, welche Verantwortung etwa ein Kind mit Down- Syndrom für das bei ihm vorhandene erhöhte Risiko eines Herzfehlers haben soll.

Vor diesem Hintergrund sollte aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE zur Vermeidung von Missverständnissen nur die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt werden. Dabei wird Gesundheitskompetenz als die Fähigkeit des Einzelnen verstanden, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken - zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, im Markt und auf politischer Ebene.[3]

Soweit an dem Gedanken der Eigenverantwortung festgehalten werden, so sollte dieser klarstellend als „Eigenmitverantwortung“ formuliert werden. Eine echte Alleinverantwortung an der eigenen Gesundheit besteht faktisch nicht.

2. Leistungsarten (§ 11 SGB V)

[3] Kickbusch in: http://aok-bv.de/gesundheit/gesundheitskompetenz/index.html

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt, dass Leistungen zur Erfassung von Risiken in § 11 Abs. 1 Nr. 3 aufgenommen werden. Ergänzend sollte aber durch eine analoge Formulierung in § 27 klargestellt werden, dass Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung integraler Bestandteil der Krankenbehandlung sind.

3. Primäre Prävention (§ 20 ff. SGB V)

a) Zertifizierung

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt es, dass sich Leistungen zur primären Prävention künftig an den Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen orientieren sollen, die im Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ vereinbart wurden. Insgesamt sind die Ziele jedoch zu abstrakt gefasst, als dass damit Leistungsansprüche der Versicherten definiert werden könnten oder klare Maßnahmen abgeleitet werden können.

Es bedarf vielmehr einer wissenschaftlich abgesicherten Vorgehensweise, wonach Ziele zu bestimmen sind, zu deren Erreichbarkeit konkrete wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen. Dies betrifft insbesondere Erkenntnisse dazu, dass diese Ziele bei bestimmten Zielgruppen mit bestimmten Maßnahmen auch tatsächlich erreicht werden können (sog. Rationale). Um den Prozess der Zielfestlegung, die Ergebnissicherung und die Optimierung von Maßnahmen bzw. die Anpassung von Zielen datengestützt vornehmen zu können, bedarf es eines fortlaufenden Qualitätsmanagementprozesses. Vor diesem Hintergrund unterstützt die BAG SELBSTHILFE ausdrücklich den Ansatz, dass für die Leistungen nach § 20 künftig Zertifizierungsverfahren vorgesehen sind, bei deren Entwicklung sowohl der wissenschaftliche Sachverstand als auch der der Menschen mit Behinderungen einbezogen wird. Es wird insoweit zur Klarstellung angeregt, dass insoweit auch der Sachverstand der Menschen mit chronischen Erkrankungen angefragt wird, da andernfalls – angesichts der Vielzahl der Behinderungsbegriffe – Abgrenzungsschwierigkeiten entstehen könnten.

b) Empfehlungen

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es zu begrüßen, dass das Ermessen der Krankenkassen zur Gewährung von Leistungen nach § 20 SGB V dann eingeschränkt werden soll, wenn eine Empfehlung eines Arztes bzw. eines Betriebsarztes vorliegt. Klarzustellen wäre jedoch, dass es sich um eine ärztliche Leistung handelt, der ein Gespräch zwischen Patient und Arzt zugrunde liegen sollte; auf diese Weise könnte die zu recht vielfach geforderte sprechende Medizin vorangebracht werden. Als wenig zielführend wird eine Übertragung dieser Aufgabe auf sog. Präventionsassistenten angesehen, die dann im Wege von Fragebögen das Risikoprofil erheben. Klargestellt werden sollte auch, dass ein Risikoprofil nur aufgrund empirisch abgesicherter Erkenntnisse erstellt werden kann. Nur dort, wo ein Risikozusammenhang empirisch belegt ist, macht es Sinn, diese Faktoren überhaupt in eine Erhebung eines Risikoprofils einzubeziehen.

c) Leistungsverpflichtung der GKV/Beauftragung der BzgA

Grundsätzlich begrüßt die BAG SELBSTHILFE das Vorhaben, die gesetzlichen Krankenkassen zur Bereitstellung von Mitteln für Leistungen nach § 20ff zu verpflichten.

Die Mittel sollten jedoch nicht mit der Gießkanne verteilt werden, sondern nur für zertifizierte Maßnahmen und Programme. Ferner sollten Mittel, die in einem Jahr nicht verausgabt werden, von den Kassen für das folgende Jahr in einen Fonds eingezahlt werden müssen (sog. Überlauftopf, vgl. § 20 c SGB V). Über die Verausgabung der Mittel aus dem Fonds sollte die Präventionskonferenz zu entscheiden haben. Unverständlich ist, dass für Mittel nach § 20 Abs. 1 offenbar – im Gegensatz zu den Mitteln zur betrieblichen Gesundheitsförderung und der Prävention in Lebenswelten nach § 20a und b - kein Überlauftopf vorgesehen ist. Nur über die kassenexterne Ansiedelung eines Überlauftopfs kann ein Anreiz gesetzt werden, dass die Vorschrift des § 20 Abs. 1 auch tatsächlich umgesetzt wird.

Einer gesetzlich fixierten Beauftragung der BzgA steht die BAG SELBSTHILFE skeptisch gegenüber. Unter dem Gesichtspunkt des Wettbewerbs um gute

Ideen sollte stattdessen das Instrument der Ausschreibung gewählt werden. Denkbar ist durchaus, dass in bestimmten Themenfeldern auch das IQWIG, Selbsthilfeorganisationen oder Einrichtungen der Jugendhilfe geeignete Unterstützungsinstanzen für die gesetzliche Krankenkassen sind.

Soweit jedoch an einer gesetzlichen Vergabe der Mittel an die BzgA festgehalten werden sollte, wäre es aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE wichtig und notwendig zur Abbildung der Patientenperspektive, dass die Selbsthilfe sowohl bei der Entwicklung des Konzeptes als auch bei dem Vergabegremium für Unteraufträge beteiligt wird.

Insgesamt wird insoweit anregt, auf die Verständlichkeit der Informationsangebote zu achten; sie müssen sich den jeweiligen Zielgruppen anpassen um eine durchgreifende Gesundheitsförderung bewirken zu können. Die Verwendung leichter Sprache hilft nicht nur Menschen mit einer geistigen Behinderung, sondern auch den in der Gesetzesbegründung ausdrücklich erwähnten Menschen mit Migrationshintergrund und/oder niedrigem Bildungsstand.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE wäre es wünschenswert, wenn es auch hier klare Vorgaben im Gesetzentwurf gäbe. Dies gebietet unter anderem auch die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in deutsches Recht.

d) Prävention in Lebenswelten

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt den dadurch zum Ausdruck kommenden Settingansatz sowie die weite Formulierung der Lebenswelten, hält allerdings eine Erläuterung des Begriffs des Wohnens in der Begründung für erforderlich. Dabei sollte klargestellt werden, dass unter den Begriff des Wohnens auch das Umfeld wie das Dorf, der Stadtteil oder das Quartier verstanden werden sollte.

Ferner sollte aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE in der Begründung klargestellt werden, dass die Maßnahmen aufgrund des weiten Settingansatzes nicht auf Betriebe, Altenheime und Kindergärten begrenzt sind. Es sollte

ferner aufgenommen werden, dass auch Einrichtungen der Behindertenhilfe als Lebenswelten einzustufen ist. Die gesundheitliche und betriebliche Prävention ist in Einrichtungen der Behindertenhilfe sehr wichtig und sollte daher einen hohen Stellenwert erhalten. Zwar werden diese Einrichtungen nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE von der Legaldefinition erfasst. Zur Klarstellung regt die BAG SELBSTHILFE jedoch an, dass in der Gesetzesbegründung dargestellt wird, dass auch Einrichtungen der Behindertenhilfe von der Aufzählung in § 20 Abs. 3 S. 2 erfasst sind. Bei Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung bestehen nämlich gehäufte Erkrankungsrisiken, die durch geeignete Präventionsmaßnahmen sehr gut verhindert werden können. So zeigen beispielsweise Untersuchungen in verschiedenen Ländern und Populationen, dass Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung häufiger übergewichtig und adipös sind. Wenn nun in Einrichtungen der Behindertenhilfe zielgerichtet Angebote zur gesunden Ernährung und sportlichen Aktivität angeboten werden, kann sehr effektiv gesundheitsbewusstes Verhalten gestärkt und häufig auftretende Gesundheitsrisiken reduziert werden. Die degenerative Veränderung des Halteapparats von Menschen mit einer Behinderung ist ein weiteres Beispiel einer häufig auftretenden chronischen Erkrankung, die im Rahmen der effizienten Gesundheitsförderung und Prävention oftmals verhindert werden könnte. Werden die jeweiligen Präventionsmaßnahmen gezielt in der „Lebenswelt Einrichtung der Behindertenhilfe“ durchgeführt, können vielen Menschen gesundheitsfördernde Verhaltensweisen effizient nahe gebracht werden.

e) Erleichterung der Inanspruchnahme von Primärpräventions- und Vorsorgeleistungen für Versicherte mit besonderen beruflichen oder familiären Belastungssituation (§ 23 SGB V)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass für pflegende Angehörige ein Anreiz für die Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen geschaffen werden soll. Diese sollen auch wohnortfern und kompakt erbracht werden können. Zwar ist die Verbesserung der Möglichkeiten zu Kuren aufgrund besonderer beruflicher

oder familiärer Belastungssituation zu begrüßen. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE haben dauerhafte Unterstützungsangebote jedoch eine größere Bedeutung für Menschen in Belastungssituationen, etwa für pflegende Angehörige. Vor diesem Hintergrund wird auch die stärkere Möglichkeit der Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten im Pflegestärkungsgesetz I begrüßt. Insgesamt muss jedoch der Ausbau von Unterstützungssystemen vorangetrieben werden.

In diesem Zusammenhang wird auch darauf hingewiesen, dass die Selbsthilfe bei der Krankheitsbewältigung durch Angehörige bereits jetzt grundlegend wichtige Arbeit leistet. So bietet etwa der Bundesverband Angehörige Psychisch Kranke Seminare an, in welchen Angehörige nicht nur umfassend über die Krankheiten aufgeklärt, sondern auch Alltagsbewältigung, Frühwarnzeichen, Hilfeangebote und einen gelasseneren Umgang mit Krisen präsentiert bekommen und erlernen können. Derartige Angebote verhindern Überlastung, helfen Angehörigen enorm und sollten daher ausgebaut werden.

4. Betriebliche Gesundheitsförderung (§ 20 b SGB V)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt zwar grundsätzlich den Ansatz, dass die gesetzlichen Krankenkassen nach § 20 Abs. 6 Satz 2 verpflichtet werden sollen, mindestens 2 Euro für jeden ihrer Versicherten für Leistungen in Lebenswelten und im Betrieb nach § 20 a und b zu verausgaben. Sie bedauert jedoch, dass der Großteil der Ausgaben offenbar für individuelle Präventionsangebote verausgabt werden soll, deren Nutzen für eine langfristige Verhaltensänderung diesseits bezweifelt wird.

Was die in § 20 b Abs. 3 vorgesehene Verpflichtung zur Unterstützung regionaler Koordinierungsstellen anbelangt, so ist die Etablierung einer entsprechenden Vorschrift ohne klare organisatorische Vorgaben nicht ausreichend. Die BAG SELBSTHILFE erinnert insoweit an die schlechten Erfahrungen mit den gemeinsamen Servicestellen nach SGB IX.

5. Förderung der Selbsthilfe, § 20 c - alt

a. Die Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen stellt eine der wichtigsten Präventionspotentiale in unserer Gesellschaft dar:

Selbsthilfegruppen und -organisationen bilden soziale Netzwerke, in denen Menschen sich über lange Zeiträume hinweg kontinuierlich begegnen und sich zu gesundheitlichen Fragen austauschen, ja sogar ein vertrauensvolles Miteinander aufbauen.

Menschen sind „in der Selbsthilfe“ tätig. D.h. sie erleben die Selbsthilfe als geschützten Bereich, als spezifische Lebenswelt. Damit stellt die Selbsthilfe ein klassisches Handlungsfeld für Prävention und Gesundheitsförderung, wenn man so will – ein umfassend ausgeprägtes Setting dar.

Die Menschen, die sich in Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen zusammenschließen, weisen spezifische Merkmale auf, die sie als Zielgruppe klar identifizierbar machen. Damit ist die Selbsthilfe für all diejenigen interessant, die die Menschen in Selbsthilfegruppen und -organisationen bei der Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit unterstützen möchten.

Das besondere Kennzeichen der Selbsthilfe ist es aber, nicht nur passives Handlungsfeld anderer im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung zu sein. Die Selbsthilfe ist selbst Akteur, und zwar einerseits bezogen auf die eigene Arbeit, aber auch bezogen auf andere Zielgruppen.

Demgemäß ist es ein Kernbestandteil der Selbsthilfearbeit, die Verschlimmerung von Erkrankungen bei den eigenen Mitgliedern zu verhindern, Folgeerkrankungen zu vermeiden oder aber zumindest frühzeitig zu erkennen (Prävention). Ferner ist es Kernbestandteil der Selbsthilfearbeit, den eigenen Mitgliedern ein größtmögliches Maß an Selbstbestimmung über ihre gesundheitlichen Möglichkeiten zu erstreiten und sie im Umgang mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen zu befähigen (Gesundheitsförderung).

Selbsthilfegruppen und -organisationen legen aber auch Projekte auf, die sich auf die Prävention und Gesundheitsförderung von Menschen beziehen, die nicht von der eigenen chronischen Erkrankung oder Behinderung betroffen sind. Die Selbsthilfe stellt insoweit als Teil der Zivilgesellschaft ihre Betroffenenkompetenz in den Dienst anderer, um diese beim Erhalt und bei der Förderung ihrer Gesundheit zu unterstützen.

Die Selbsthilfe ist daher

- als Teil der Zivilgesellschaft ein wichtiger Baustein, damit Prävention und Gesundheitsförderung in sämtlichen Gesellschaftsbereichen wirkungsvoll umgesetzt werden können,

- ein soziales System, das schon aufgrund der Zielsetzungen seiner Mitglieder auf interne Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung angelegt ist,

- ein Setting, das sich für die Umsetzung von Präventionsprogrammen und gesundheitsfördernden Maßnahmen sehr gut eignet.

b. Die Selbsthilfeförderung nach § 20 c bzw. § 20 h n.F. ist weiterzuentwickeln.

Unverständlich ist, dass die Vorschrift zur Förderung der Selbsthilfe durch die gesetzliche Krankenversicherung nach dem vorliegenden Gesetzentwurf nur verschoben, nicht aber weiterentwickelt werden soll.

Bedenkt man das oben geschilderte Präventionspotential der Selbsthilfe, dass der in § 20 c SGB V bislang vorgesehene Förderbedarf von 63 Cent pro Versicherten viel zu gering bemessen ist. Dies inbesondere im Vergleich zu den 7 €, die die gesetzliche Krankenversicherung im Allgemeinen nur für Maßnahme der Prävention und Gesundheitsförderung aufwenden soll.

Der Förderbetrag muss daher zumindest auf 1 € pro Versicherten angehoben werden. Eine Erhöhung des Förderbetrages ist auch deshalb unabdingbar, weil die Selbsthilfe die Hauptarbeit bei der Umsetzung der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen leistet. Während die Beteiligungsrechte in den letzten Monaten und Jahren immer weiter ausgebaut wurden, hat die Förderung der Selbsthilfe diese Dynamik nicht mitvollzogen. Mit dem Präventionsgesetz muss dies nunmehr ausgeglichen werden.

Die Patientenbeteiligung ist die Grundlage für ein bürgerorientiertes Gesundheitswesen. Ein bürgeorientiertes Gesundheitswesen ist die Grundlage für eine erfolgreiche Präventionspolitik.

Eine Weiterentwicklung der Fördervorschrift des § 20 c SGB V ist aber auch deshalb erforderlich, weil das Förderverfahren in den letzten Jahren immer bürokratischer augestaltet wurde.

Die BAG SELBSTHILFE fordert daher die Aufhebung des prozentualen Anteils für die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung, die auch ausdrücklich als pauschale Festbetragszuwendung im Gesetz verankert werden muss.

Ferner muss zweckwidrige Diskriminierungen wie der teilweise Förderausschluss für „Dachverbände“ per Gesetz aufgehoben werden.

Nur so kann die Selbsthilfeförderung weiter zum Motor für eine Fortentwicklung der Selbsthilfearbeit werden. Selbsthilfeförderung darf sich nicht in kurzlebiger, bürokratisch überformter und rein situativ orientierter Projektarbeit erschöpfen.

6. Nationale Präventionskonferenz (§ 20 e SGB V)

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE macht eine nationale Präventionskonferenz nur dann Sinn, wenn sie nicht nur auf das Abfassen eines Berichts beschränkt ist, sondern eine echte Steuerungsinstanz wird, die sich auch mit der Entwicklung einer gesamtgesellschaftlichen Präventionsstrategie befasst, wie sie der Antrag

der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN fordert. Unklar ist im bisherigen Gesetzentwurf, wie die Präventionskonferenz mit dem Gesundheitsziele-Prozess verknüpft sein soll und in welchem Verhältnis die Präventionskonferenz zu den Zertifizierungsbemühungen des GKV-Spitzenverbandes steht. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte die Zertifizierung von Leistungen einer kassenexternen Instanz, also bspw. der Konferenz übertragen werden.

Es wird jedoch ausdrücklich begrüßt, dass die Patientenorganisationen nach § 140 f SGB an der Präventionskonferenz zu beteiligen sind.

7. Gesundheitsuntersuchungen und Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten (§ 25 SGB V)

Die BAG SELBSTHILFE weist darauf hin, dass die Evidenzlage zu den bestehenden Gesundheitsuntersuchungen schlecht ist. Insbesondere die vom Gesetz vermuteten positiven Effekte des „Gesundheitschecks 35“ sind nicht belegt. Insoweit wird dringend angeregt, die im Gesetz enthaltene Quasi- Malus Regelung (Verknüpfung der Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen mit einer Nichtabsenkung der Belastungsgrenze für Chroniker) zu streichen.

Zwar mag es sein, dass die derzeit nach § 25 durchgeführten Untersuchungen sinnvoll sind. Evidenzbasiert ist dies jedoch derzeit nicht. Insoweit bedürfte es jedoch einer intensiven Forschungsförderung, um zu klären, wie Früherkennungsuntersuchungen so auszugestalten sind, dass schwere, insbesondere auch sonst tödlich verlaufende Erkrankungen auch rechtzeitig und sachgerecht erkannt werden können. Eine Quasi- Malus Regelung, wie sie derzeit im § 62 Abs. 1 S. 3 enthalten ist, rechtfertigt die Evidenzlage zu den Früherkennungsuntersuchungen jedoch derzeit nicht.

Die BAG SELBSTHILFE ist auch enttäuscht darüber, dass die Gewährleistung von bundesweit verfügbaren barrierefreien Arztpraxen und Untersuchungsmöglichkeiten nicht in den Gesetzestext aufgenommen wie dies die UN-Behindertenrechtskonvention erfordert.

Ferner fehlt es im Kontext des § 25 an einem Hinweis auf die Notwendigkeit einer intensiven Arzt-Patienten-Kommunikation, da nur so Präventionsmaßnahmen und eine Stärkung der Gesundheitskompetenz vor dem Hintergrund der konkreten Lebensumstände der Patientinnen und Patienten ermöglicht werden kann.

Die Klärung von Risikoprofilen aufgrund von Risiko-Scores, welche nur im Wege der Abfrage durch Fragebögen durchgeführt wird, hält die BAG SELBSTHILFE aus den eingangs genannten Gründen bzgl. der Prävention bei Kindern und Jugendlichen auch hier nicht für zielführend.

Es wird jedoch ausdrücklich begrüßt, dass auch bei Gesundheitsuntersuchungen von Kindern und Erwachsenen die Frage des **Impfstatus** angesprochen wird und hierzu beraten wird. Gerade Menschen mit chronischer Erkrankung sind häufig – etwa wegen einer Immunschwäche oder der Gabe von Immunsuppressiva – in hohem Maße auf eine flächendeckende Durchimpfung der Bevölkerung angewiesen.

8. Kinder- und Jugenduntersuchungen, sog. U-Untersuchungen (§ 26 SGB V)

Grundsätzlich hält auch die BAG SELBSTHILFE eine Verbesserung der Beratung der Eltern zu gesundheitlichen Belangen ihrer Kinder für wünschenswert.

Dabei bleibt jedoch fraglich, ob die gewählte Idee einer Verbindung der U-Untersuchungen mit der Präventionsberatung der Eltern ein zielführender Ansatz ist. Die U-Untersuchungen werden auch deswegen durchgehend und flächendeckend in allen Gesellschaftsschichten gut angenommen, weil diese kindzentriert ausgestaltet sind[4]. Gerade Mütter in schwierigen sozialen Lebenslagen müssen eben keine Angst davor haben, dass sie in ihrer sozialen Rolle und Befähigung als Mutter in Frage gestellt werden, wie sie dies von den übrigen Sozialleistungsträgern immer wieder erleben. Insofern steht zu befürchten, dass gerade diejenigen, die eventuell angesprochen werden müssten, durch eine Erhebung ihrer psychosozialen Daten mit Fragebögen zur sozialen Lage von der Teil-

[4] http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=8616

nahme an der Untersuchung abgeschreckt oder zu sozial erwünschten, aber unzutreffenden Antworten veranlasst werden.

Insgesamt wird der Ansatz kritisch gesehen, den Kinder- und Jugendärzten die Aufgabe zu übertragen, alle körperlichen, seelischen und sozialen Aspekte der kindlichen Entwicklung gemeinsam mit den Eltern aufzuarbeiten. Zum einen verfügen die Kinder- und Jugendärzte in der Regel nicht über die Fachkompetenz, auch Fragen der Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie aufzuarbeiten sowie im Bereich der Sozialarbeiter tätig zu werden. Zum anderen ist nicht selten gerade die Beziehungskonstellation zwischen Kindern und Eltern verantwortlich für Risiken in der gesundheitlichen Entwicklung der Kinder. Hier ist es nicht hilfreich, die Eltern zu Kronzeugen der Situation des Kindes beim Arzt zu machen.

Vor diesem Hintergrund tritt die BAG SELBSTHILFE dafür ein, dass Kinderuntersuchungen vor allem als eine Möglichkeit angesehen werden, Aufgaben im Kernbereich der kinderärztlichen Tätigkeit wahrzunehmen, aber gleichzeitig ggf. auch **fachliche Unterstützung** beizuziehen. Insofern wird begrüßt, dass hier auch u.U. an frühe Hilfen verwiesen werden kann; für chronisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche wäre jedoch ebenfalls wichtig, dass den Kinder- und Jugendärzten eine Verweisung an Sozialpädiatrische Zentren auferlegt wird, soweit dies notwendig ist. Nach Berichten aus der Praxis erfolgen solche Verweisungen zu selten. Dies bedingt eine verbesserte Vernetzungs- und Verweisungskompetenz der Kinderärzte. Entsprechende Modellvorhaben sollten etabliert und gefördert werden.

Insgesamt zeigt gerade der Bereich Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen, dass der vorliegende Gesetzentwurf allenfalls als ein erster Schritt zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung angesehen werden kann. Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen oder die Kinderuntersuchungen haben nämlich bei der Entwicklung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen nur eine untergeordnete Bedeutung.

Gesundheitsbezogene Lerninhalte in Schulen und Familien zu verankern, bedürfte eines strukturierten Zusammenwirkens vieler Akteure im föderalen Staat.

Eine nationale Präventionsstrategie darf sich daher nicht auf die GKV beschränken, sondern muss – auch gesetzgeberisch – sehr viel weiter greifen.

9. Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 65a SGB V)

Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten kommen in der Regel denjenigen zu Gute, die ohnehin viel für Ihre Gesundheit tun. Gerade schwer erreichbare und vulnerable Zielgruppen profitieren hiervon wenig.

Insofern werden bei den vorgesehenen Boni – ohne große Steuerungs- und Präventionswirkung - Gelder der GKV ausgegeben, die an anderer Stelle, etwa bei der Heil- und Hilfsmittelversorgung, dringend benötigt werden. Hier führt eine Fehl- oder Unterversorgung regelmäßig zu zusätzlichen Ausgaben, da die so entstehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch Krankenhausaufenthalte oder Operationen wieder aufgefangen werden müssen.

Insofern lehnt die BAG SELBSTHILFE derartige Boni- Zahlungen ab.

10. Prävention in Pflegeeinrichtungen (§ 5 SGB XI)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Regelung ausdrücklich, wonach auch Prävention in Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden kann; sie regt jedoch an, dass auch im Bereich der ambulanten Pflege entsprechende Präventionsangebote vergütet werden können.

II. Weitere Maßnahmen

Die BAG SELBSTHILFE hält darüber hinaus für eine der besonderen Zielgruppen des Gesetzentwurfs – die Kinder- und Jugendlichen – folgende Maßnahmen für dringend notwendig. Es wird insoweit darauf aufmerksam gemacht,

dass rund 8- 10 Prozent der Kinder und Jugendlichen chronisch krank oder behindert sind.

1. **Transition – Übergang von der Jugend- in die Erwachsenenmedizin**

   Insbesondere die sog. Transition, also der Übergang von der Jugend- in die Erwachsenenmedizin, wird seitens der Mitgliedsverbände als zentrales Problem angesehen. Hier wird in fast allen Bereichen von erheblichen Problemen berichtet. So wurde etwa in einer Studie festgestellt, dass nach Verlassen der Kinderrheumatologie lediglich zwei Drittel der Befragten die Erwachsenenmedizin erreichten. Insgesamt beurteilten nur die Hälfte der Befragten den Übergangsprozess als befriedigend.[5] Dabei trägt eine fachkompetente Versorgung wesentlich dazu bei, die Krankheitslast zu verringern und chronisch kranken und behinderten Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein möglichst normales Leben und Arbeiten zu ermöglichen. Insofern ist es eminent wichtig, dass der Übergang erfolgreich ist; dies kann etwa durch die Verankerung von Übergangssprechstunden, interdisziplinären Teams oder Flexibilisierung der Altersgrenzen – orientiert an der individuellen Lebenssituation – gelingen. Diesseits besteht die Hoffnung, dass durch die Schaffung einer EBM-Ziffer eine Besserung eintreten kann. Dennoch wird dies nicht alle Probleme lösen.

   Insoweit fordert die BAG SELBSTHILFE Kompetenznetze für den Bereich der Transition und bietet insoweit die Mitarbeit der Selbsthilfe in diesen Netzen an.

2. **Frühförderung und sozialpädiatrische Zentren**

   Auch die unzureichenden und uneinheitlichen Regelungen im Bereich Frühförderung werden seitens des Arbeitskreises Kinder und Jugendliche in der BAG SELBSTHILFE bemängelt; hier hat insbesondere die nicht schwierige Problematik der ungeklärten Kostentragung und die uneinheit-

[5] Niewerth/Minden: Transition- Der schwierige Weg von der pädiatrischen in die Erwachsenenrheumatologie, zit. http://www.rheuma-liga.de/aktivitaeten/forschung/forschungsprojekte/junge-rheumatiker/

lichen Leistungsvoraussetzungen aus Sicht der BAG SELBSTHILFE zur Folge, dass die Komplexleistung Frühförderung in vielen Gebieten Deutschlands nur unzureichend umgesetzt wird. Für behinderte Kinder, für die diese Frühförderung eminent wichtig ist, bedeutet dies, dass die Leistung oft entweder gar nicht, nur in unzureichender Form oder mit Wartezeit zu erhalten ist. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

3. Barrierefreiheit

Die BAG SELBSTHILFE hält es für dringend erforderlich, dass eines der Hauptprobleme behinderter Kinder, Jugendlicher und Erwachsenen, die mangelnde Barrierefreiheit der Arztpraxen sowie der sonstigen Leistungserbringer, angegangen wird. Hier ist nunmehr endlich die in der UN-BRK geforderte Barrierefreiheit der Gesundheitsversorgung umzusetzen. Zu Recht fordert der Antrag der Fraktion DIE LINKE eine barrierefreie Infrastruktur; diese ist jedoch noch nicht einmal bei den Arztpraxen gegeben. Die BAG SELBSTHILFE hatte hierzu im Versorgungsstärkungsgesetz bereits auf Lösungsmöglichkeiten hingewiesen. Die dort enthaltene Implementierung der Barrierefreiheit bei der Nachbesetzung eines Arztsitzes wird insoweit ausdrücklich begrüßt; es sind jedoch weitere Maßnahmen, wie etwa die **Verwendung von Mitteln des Strukturfonds für den Ausbau barrierefreier Praxen**, notwendig, um die Barrierefreiheit wirklich voranzutreiben.

4. Rehabilitation

Hier wird aus den Verbänden berichtet, dass in vielen Erkrankungsbereichen Plätze für Kinder nicht zur Verfügung stehen. Selbst wenn Angebote vorhanden sind, fehlt es dann oft an der Ausrichtung an den Lebenswelten der Kinder, so ist etwa das Angebot einer Rehabilitation in den Sommerferien nur selten vorhanden.

Im Bereich der Kinder und Jugendlichen ist es darüber hinaus wichtig, dass auch die Familien in die Rehabilitation einbezogen werden. Es wird

insoweit auf die von unserem Mitgliedsverband, dem Bundesverband Herzkranke Kinder e.V., entwickelten Kriterien für eine Familienorientierte Rehabilitation verwiesen. Dabei wird auf folgendes hingewiesen: Auch wenn es hier eine entsprechende Vereinbarung über die Kostenübernahme mit den Krankenkassen gibt, werden die Anträge in sehr vielen Fällen zunächst abgelehnt. Hier wäre eine entsprechende gesetzliche Regelung sicherlich hilfreich.

Berlin, 17. April 2015

BAG SELBSTHILFE
Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Ansprechpartner:
Dr. Siiri Doka
Tel. 0211/31006-56
E-Mail: siiri.doka@bag-selbsthilfe.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(15)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
20.04.2015

Stellungnahme

der

Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention

BT-Drucksache 18/4282

und zum Antrag der Fraktion DIE LINKE:

„Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter

gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten“
BT-Drucksache 18/4322

sowie zum
Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN:

„Gesundheit für alle ermöglichen - Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz“
BT-Drucksache 18/4327

- Anhörung im Deutschen Bundestag am 22. April 2015 -

Als Dachverband von 121 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sowie 13 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt die BAG SELBSTHILFE ausdrücklich, dass den Krankenkassen bei Maßnahmen zur primären Prävention ausdrücklich aufgegeben wird, auf eine **barrierefreie Ausgestaltung der Angebote** zu achten. Die BAG SELBSTHILFE hatte in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf darauf hingewiesen, dass etwa Menschen mit geistiger Behinderung ebenso wie Menschen mit Sehbehinderungen verstärkt von Bewegungsmangel und in Folge dessen auch teilweise durch Adipositas betroffen seien. Sie nähmen jedoch häufig primärpräventive Angebote der Krankenkassen auch deswegen nicht in Anspruch, weil diese überhaupt nicht auf ihre Bedürfnisse und Einschränkungen ausgerichtet sind. Vor diesem Hintergrund wird die in der Begründung enthaltene Auftrag einer barrierefreien Ausgestaltung der Angebote sowie die **Beteiligung des Sachverstandes von Menschen mit Behinderungen** im Gesetzestext ausdrücklich sehr positiv gesehen.

Ebenfalls wird die Beteiligung der Selbsthilfe und der weiteren anerkannten Patientenorganisationen in der Nationalen Präventionskonferenz begrüßt. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE wird damit **die wichtige Rolle der Selbsthilfe als nachhaltige bürger- und gesundheitsbezogene Struktur zur Umsetzung von Präventionsprogrammen und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz** aufgegriffen. So bietet die Selbsthilfe – neben der ohnehin grundsätzlich betriebenen Tertiärprävention (Verhütung der Verschlimmerung der Krankheit)- auch primärpräventive Sport-, Informations- und Freizeitangebote an; beispielhaft sei etwa der Tag des Lärms der Tinnitus-Liga genannt und Seminare für Angehörige psychisch Kranke mit Entlastungs- und Bewältigungsangeboten im Umgang mit eigener Überforderung.

Seit Jahren leistet die **Selbsthilfe wichtige Arbeit in allen Bereichen der Prävention**; dabei wird die Finanzierung der **Arbeit der Selbsthilfe der Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention**[1] teilweise durch die Krankenkassenförderung nach § 20c (nunmehr § 20h) abgedeckt; für die Arbeit im Bereich der Primärprävention steht nunmehr nach unserem Verständnis die §§ 20, 20a, b als Förderungsmöglich-

[1] http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/GKV_Leitfaden_Selbsthilfefoerderung_2013_Web_barrierefrei_03.pdf, S. 8.

keit zur Verfügung. Die BAG SELBSTHILFE hält es insoweit für unbedingt erforderlich, auch die **Vorschriften des bisherigen § 20 c SGB V** (nunmehr § 20 h) zur Selbsthilfeförderung in den aktuellen Reformprozess einzubeziehen. Insgesamt muss angemerkt werden, dass die Selbsthilfe seit Jahren über die § 20c Förderung wichtige Arbeiten im Gesundheitssystem übernimmt und damit das Gesundheitssystem erheblich entlastet. Viele sprechen inzwischen von der Selbsthilfe als vierte Säule des Gesundheitssystems. Vor diesem Hintergrund sollte auch die Selbsthilfeförderung für die Sekundär- und Tertiärprävention nach § 20c (nunmehr § 20h) auf **1 € pro Versicherten erhöht** werden.

Um eine verlässliche Förderung sicherzustellen, sollte zudem aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE der **Anteil der pauschalen Förderung sowie der Anteil der Förderung der Bundesverbände erhöht** werden. Es sollte klargestellt werden, dass eine **Diskriminierung der Dachverbände bei der Selbsthilfeförderung nicht zulässig** ist. Ferner sollte ausdrücklich gesetzlich verankert werden, dass die Grundsätze nach § 20 c Abs. 2 nicht dazu dienen sollen, im Gesetz nicht vorgesehene Einschränkungen der Förderung vorzusehen, sondern das **Förderverfahren unbürokratisch** auszugestalten. Es wäre aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ferner zu klären, dass mit dieser Vorschrift nicht die bereits dargestellte Arbeit der Selbsthilfe im Bereich der Primärprävention abgedeckt ist[2].

Die BAG SELBSHTILFE begrüßt ferner grundsätzlich die **Zielrichtung** des vorliegenden Gesetzentwurfs, die Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung im fünften Sozialgesetzbuch fortzuentwickeln. Positiv sieht die BAG SELBSTHILFE auch den grundsätzlichen Ansatz, dabei in methodischer Hinsicht auf das bei „gesundheitsziele.de“ entwickelte Instrumentarium zurückzugreifen und die Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung über **Qualitätssicherung und Zertifizierungsmaßnahmen** einem fortlaufenden Evaluierungsprozess zu unterwerfen.

Angesichts der Tatsache, dass Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind, hält sie jedoch an sich eine Finanzierung dieser Frage

[2] http://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/GKV_Leitfaden_Selbsthilfefoerderung_2013_Web_barrierefrei_03.pdf, S. 8.

über **Steuermittel** für angebracht; auch die in den Anträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN und der Fraktion DIE LINKE angesprochene **gesamtgesellschaftliche Umsetzung der Prävention** unter Einbezug aller Akteure und insbesondere der Kommunen hält sie für dringend erforderlich. Gleichzeitig sieht sie jedoch auch, dass die Errichtung einer Präventionsstrategie in einem föderalen System unter Einbezug der verschiedenen Ebenen und Sozialleistungsträger eine Herausforderung ist und daher gesetzgeberischen und praktischen Limitierungen unterworfen ist. Es wird jedoch angeregt, der Nationalen Präventionskonferenz auch eine Entwicklung einer solchen gesamtgesellschaftlichen Präventionsstrategie aufzuerlegen und somit das Ganze als ein lernendes System zu begreifen.

Insgesamt sind die ergriffenen Maßnahmen jedoch aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE bisher noch nicht ausreichend, um eine umfassende Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung sicherzustellen. Hier ist insbesondere zu beanstanden, dass die Maßnahmen teilweise als **Satzungsleistungen in den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen** gestellt werden. Angesichts der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Prävention sollte hier eher der Augenmerk auf ein abgestimmte einheitliches Gesamtkonzept der Präventionsangebote gelegt werden als den Krankenkassen ein Sammelsurium von Handlungsfeldern anzubieten, aus dem sich diese ein passendes Satzungsangebot zusammenstellen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich die Prävention nicht nur auf den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung beschränken kann, sondern auch Kommunen und andere Sozialversicherungsträger einbeziehen muss. Ob dies mit Satzungsleistungen gelingen kann, wird diesseits bezweifelt.

Ergänzungsbedarf besteht hinsichtlich des Gesetzentwurfs insgesamt bei der genauen **Definition der Leistungen, bei den Kompetenzzuweisungen an die verschiedenen Akteure und bei den hierauf aufbauenden Vorgaben für die Kooperationsstrukturen**. Damit die geplante nationale Präventionskonferenz nicht als Debattierclub endet, sondern den Weiterentwicklungsprozess im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung tatsächlich stärken kann, sollten diese Strukturen klarer im Gesetz festgelegt werden. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE bestehen Zweifel daran, ob eine abgestimmte Präventionsstrategie ohne eine solche klare

Zuordnung, der gleichzeitigen Verortung vieler Maßnahmen als Satzungsleistungen und der Vielzahl der zu beteiligenden Akteure gelingen kann.

Zu kritisierten ist ferner, dass sich der Gesetzentwurf nach wie vor mehr auf die **Verhaltensprävention und weniger auf die Verhältnisprävention** bezieht. Hiernach sollen lediglich 2 € von 7 € zwingend in die Prävention in Lebenswelten und Betrieben fließen, der Rest kann theoretisch für individuelle Präventionsangebote verauslagt werden; dies ist angesichts der Feststellung, dass sich individuelle Angebote nur begrenzt zu langfristigen Verhaltensänderungen eignen, deutlich zu viel. Zu Recht mahnt der Antrag der Fraktion DIE LINKE einen höheren Anteil und eine stärkere Berücksichtigung der Verhältnisprävention an.

Insgesamt ist die Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung lediglich in ersten Ansätzen enthalten; hier müssten Betriebe stärker in die Pflicht genommen werden, Verhältnisse und Abläufe vor Ort gesundheitsförderlicher zu gestalten.

Auch in diesem Bereich wird die Rolle der Selbsthilfe vorliegend aber unterschätzt. Längst bestehen nämlich vielfältige **Kooperationen von Unternehmen und Selbsthilfeorganisationen**, um im Rahmen von innerbetrieblichen Weiterbildungs- und Informationsangeboten die Gesundheitskompetenz von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu stärken.

Gerade im Bereich der kleinen und mittleren Betriebe fehlt es jedoch zumeist an den Ressourcen und am Know-How, solche strukturierten Weiterbildungs- und Informationsangebote nachhaltig vorzuhalten. Hier muss die Selbsthilfe in die Lage versetzt werden, proaktiv auf die Unternehmen zuzugehen, um Angebote zu entwickeln, die auf die spezifischen Bedürfnisse von kleinen und mittleren Unternehmen zugeschnitten sind.

Der Trend zur Verhaltensprävention spiegelt auch sich in dem von der Bundesregierung angestrebten in § 1 festgelegten Ziel „die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung“ wider. Der einzelnen Person wird jegliche **Verantwortung der Gesunderhaltung und -werdung** aufgebürdet; eine Gesellschaft des „erhobenen Zeigefingers“ kann eine mögliche Folge sein. Das Gesetz

trägt insoweit noch zu wenig der Erkenntnis Rechnung, dass eine Verhaltensprävention kurzfristig wirkt und nur erfolgreich ist, wenn diese einhergeht mit der Veränderung der Lebensumstände, nicht nur im Setting, sondern auch im alltäglichen Leben. Dass jeder Bürger eine Selbst-Verantwortung trägt, dies betonen auch die Verbände der BAG SELBSTHILFE. Eine alleinige Verantwortung jedoch ist nicht das Ziel und wird auf dem Rücken sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten ausgetragen. Insbesondere den Betrieben, wo 60 % der Lebenszeit bei Vollarbeit erbracht wird, kommt eine Verpflichtung der Verhältnisprävention zu.

Zweifel hat die BAG SELBSTHILFE, ob die Ausgestaltung der Kinderuntersuchungen im Gesetzentwurf tatsächlich eine **Verbesserung im Bereich der Prävention von Kindern und Jugendlichen** bewirken können: In der Gesetzesbegründung ist dargestellt, dass die Präventionsempfehlung auf Risikoprofilen beruhen soll; für den Bereich der psychosozialen Risiken besteht die Gefahr, dass damit auch Daten zum familiären Hintergrund und zum Verhalten der Mutter/ Bezugsperson erhoben werden. Damit wird durch die mögliche Fragebogenerhebung in grundrechtlich abgesicherte Kernbereiche der Familie eingegriffen, ohne dass es für diesen Bereich empirische Belege gäbe, die eine solche Fragebogenkonzeptionierung und entsprechende Risikoprofile rechtfertigen. Insoweit besteht die Gefahr, dass bestimmte Gruppen mit vermeintlichen Risikofaktoren oder Belastungssituationen erfasst werden, ohne dass dies dazu führt, dass Fälle von Kindeswohlgefährdung in höherem Maße erkannt werden. Hinzu kommt folgendes: Die flächendeckende Wahrnehmung der U-Untersuchungen auch von Menschen in prekären Lebenssituationen liegt u.a. auch daran, dass diese **Untersuchungen kindzentriert** sind. Wenn jedoch Daten über Fragebogen zu persönlichen Lebensumständen der Familie oder der Bezugsperson erhoben werden, besteht das hohe Risiko, dass entweder unzutreffende sozial erwünschte Antworten gegeben werden oder bestimmte Gruppen die U-Untersuchungen nicht mehr wahrnehmen, weil sie Kritik oder Stigmatisierung bzw. eine Meldung an das Jugendamt befürchten.

Vor diesem Hintergrund hält die BAG SELBSTHILFE es zielführender, dass Ärzte insgesamt ausführlichere Gespräche mit Familien führen und ggf. bei entsprechenden Anhaltspunkten interdisziplinäre Unterstützung hinzuziehen; derartige Arztgespräche dürften erheblich weniger Ängste bei den Betroffenen hervorrufen und genaue-

re Ergebnisse bringen als eine Abfrage von vermeintlichen Risikofaktoren, für deren Zielgenauigkeit die empirischen Belege fehlen.

Insgesamt bemängelt die BAG SELBSTHILFE am vorliegenden Entwurf, dass eines der zentralen Probleme in der Kinder- und Jugendmedizin, der **Übergang von der Jugend- in die Erwachsenenmedizin (Transition)** zu wenig aufgearbeitet wurde. Hier kommt es häufig zu Versorgungs- und Schnittstellenproblemen, die natürlich bei den Betroffenen erhebliche Ängste und Sorgen hervorrufen, zumal sich die Jugendlichen oft auch in beruflicher Hinsicht in einer Phase verstärkter Herausforderungen befinden. Vielfach fehlt in der Erwachsenenversorgung auch die entsprechende Fachkompetenz, etwa im Bereich der angeborenen Herzfehler.

Auch die unzureichenden und uneinheitlichen Regelungen im Bereich **Frühförderung** werden bemängelt; hier hat insbesondere die schwierige Problematik der ungeklärten Kostentragung und die uneinheitlichen Leistungen zur Folge, dass die Komplexleistung Frühförderung in vielen Gebieten Deutschlands nur unzureichend umgesetzt wird. Für behinderte Kinder, für die diese Frühförderung eminent wichtig ist, bedeutet dies, dass die Leistung oft entweder gar nicht, nur in unzureichender Form oder mit Wartezeit zu erhalten ist. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

I. Stellungnahme zum Gesetzentwurf im Einzelnen

Im Einzelnen ist zu dem vorliegenden Entwurf Folgendes auszuführen:

1. Solidarität und Eigenverantwortung (§ 1 SGB V)

Die BAG SELBSTHILFE hat die Befürchtung, dass der Hinweis auf die Förderung der Eigenverantwortung zu Missverständnissen führt. Zum einen könnte daraus geschlossen werden, Krankheiten würden von dem Kranken selbst „verursacht“; dies ist allerdings regelmäßig nicht der Fall, vielmehr erhöhen manche Verhaltensweisen allenfalls das Risiko in unterschiedlichem Maße; viele Krankheiten sind schicksalhaft und nicht im geringsten durch eigenes Verhalten zu beeinflus-

sen. Ferner könnte aus der Formulierung geschlossen werden, es gelte das Verschuldensprinzip im SGB V. Das SGB V kennt jedoch – bis auf wenige Ausnahmen – ein solches Prinzip nicht. Ein solches Verschuldensprinzip würde auch zu schwierigen und verfassungsrechtlich bedenklichen Abgrenzungsschwierigkeiten führen, wie die laufende Diskussionen über den Sinn und Zweck der Verknüpfung der Früherkennung mit den Chroniker-Regelungen zeigen: Es gibt keinen evidenzbasierten Nachweis über den Nutzen der angesprochenen Programme; trotzdem soll eine Nichtteilnahme an diesen zum Anlass genommen werden, die Belastungsgrenze für die betreffenden Chroniker nicht abzusenken.

Dieser Eindruck einer Verlagerung der Verantwortung für Gesundheit und Krankheit auf die Patienten selbst wird durch die Gesetzesbegründung zu § 20 noch verstärkt: Hier wird ausdrücklich behauptet, jeder Einzelne trage die Verantwortung für die Chancen und Risiken seines Lebens; diese Formulierung dürfte von vielen Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen als völlig unangemessen empfunden werden. So ist diesseits nicht erkennbar, welche Verantwortung etwa ein Kind mit Down- Syndrom für das bei ihm vorhandene erhöhte Risiko eines Herzfehlers haben soll.

Vor diesem Hintergrund sollte aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE zur Vermeidung von Missverständnissen nur die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt werden. Dabei wird Gesundheitskompetenz als die Fähigkeit des Einzelnen verstanden, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken - zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, im Markt und auf politischer Ebene.[3]

Soweit an dem Gedanken der Eigenverantwortung festgehalten werden, so sollte dieser klarstellend als „Eigenmitverantwortung“ formuliert werden. Eine echte Alleinverantwortung an der eigenen Gesundheit besteht faktisch nicht.

2. Leistungsarten (§ 11 SGB V)

[3] Kickbusch in: http://aok-bv.de/gesundheit/gesundheitskompetenz/index.html

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt, dass Leistungen zur Erfassung von Risiken in § 11 Abs. 1 Nr. 3 aufgenommen werden. Ergänzend sollte aber durch eine analoge Formulierung in § 27 klargestellt werden, dass Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung integraler Bestandteil der Krankenbehandlung sind.

3. Primäre Prävention (§ 20 ff. SGB V)

a) Zertifizierung

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt es, dass sich Leistungen zur primären Prävention künftig an den Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen orientieren sollen, die im Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ vereinbart wurden. Insgesamt sind die Ziele jedoch zu abstrakt gefasst, als dass damit Leistungsansprüche der Versicherten definiert werden könnten oder klare Maßnahmen abgeleitet werden können.

Es bedarf vielmehr einer wissenschaftlich abgesicherten Vorgehensweise, wonach Ziele zu bestimmen sind, zu deren Erreichbarkeit konkrete wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen. Dies betrifft insbesondere Erkenntnisse dazu, dass diese Ziele bei bestimmten Zielgruppen mit bestimmten Maßnahmen auch tatsächlich erreicht werden können (sog. Rationale). Um den Prozess der Zielfestlegung, die Ergebnissicherung und die Optimierung von Maßnahmen bzw. die Anpassung von Zielen datengestützt vornehmen zu können, bedarf es eines fortlaufenden Qualitätsmanagementprozesses. Vor diesem Hintergrund unterstützt die BAG SELBSTHILFE ausdrücklich den Ansatz, dass für die Leistungen nach § 20 künftig Zertifizierungsverfahren vorgesehen sind, bei deren Entwicklung sowohl der wissenschaftliche Sachverstand als auch der der Menschen mit Behinderungen einbezogen wird. Es wird insoweit zur Klarstellung angeregt, dass insoweit auch der Sachverstand der Menschen mit chronischen Erkrankungen angefragt wird, da andernfalls – angesichts der Vielzahl der Behinderungsbegriffe – Abgrenzungsschwierigkeiten entstehen könnten.

b) Empfehlungen

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es zu begrüßen, dass das Ermessen der Krankenkassen zur Gewährung von Leistungen nach § 20 SGB V dann eingeschränkt werden soll, wenn eine Empfehlung eines Arztes bzw. eines Betriebsarztes vorliegt. Klarzustellen wäre jedoch, dass es sich um eine ärztliche Leistung handelt, der ein Gespräch zwischen Patient und Arzt zugrunde liegen sollte; auf diese Weise könnte die zu recht vielfach geforderte sprechende Medizin vorangebracht werden. Als wenig zielführend wird eine Übertragung dieser Aufgabe auf sog. Präventionsassistenten angesehen, die dann im Wege von Fragebögen das Risikoprofil erheben. Klargestellt werden sollte auch, dass ein Risikoprofil nur aufgrund empirisch abgesicherter Erkenntnisse erstellt werden kann. Nur dort, wo ein Risikozusammenhang empirisch belegt ist, macht es Sinn, diese Faktoren überhaupt in eine Erhebung eines Risikoprofils einzubeziehen.

c) Leistungsverpflichtung der GKV/Beauftragung der BzgA

Grundsätzlich begrüßt die BAG SELBSTHILFE das Vorhaben, die gesetzlichen Krankenkassen zur Bereitstellung von Mitteln für Leistungen nach § 20ff zu verpflichten.

Die Mittel sollten jedoch nicht mit der Gießkanne verteilt werden, sondern nur für zertifizierte Maßnahmen und Programme. Ferner sollten Mittel, die in einem Jahr nicht verausgabt werden, von den Kassen für das folgende Jahr in einen Fonds eingezahlt werden müssen (sog. Überlauftopf, vgl. § 20 c SGB V). Über die Verausgabung der Mittel aus dem Fonds sollte die Präventionskonferenz zu entscheiden haben. Unverständlich ist, dass für Mittel nach § 20 Abs. 1 offenbar – im Gegensatz zu den Mitteln zur betrieblichen Gesundheitsförderung und der Prävention in Lebenswelten nach § 20a und b - kein Überlauftopf vorgesehen ist. Nur über die kassenexterne Ansiedelung eines Überlauftopfs kann ein Anreiz gesetzt werden, dass die Vorschrift des § 20 Abs. 1 auch tatsächlich umgesetzt wird.

Einer gesetzlich fixierten Beauftragung der BzgA steht die BAG SELBSTHILFE skeptisch gegenüber. Unter dem Gesichtspunkt des Wettbewerbs um gute

Ideen sollte stattdessen das Instrument der Ausschreibung gewählt werden. Denkbar ist durchaus, dass in bestimmten Themenfeldern auch das IQWIG, Selbsthilfeorganisationen oder Einrichtungen der Jugendhilfe geeignete Unterstützungsinstanzen für die gesetzliche Krankenkassen sind.

Soweit jedoch an einer gesetzlichen Vergabe der Mittel an die BzgA festgehalten werden sollte, wäre es aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE wichtig und notwendig zur Abbildung der Patientenperspektive, dass die Selbsthilfe sowohl bei der Entwicklung des Konzeptes als auch bei dem Vergabegremium für Unteraufträge beteiligt wird.

Insgesamt wird insoweit anregt, auf die Verständlichkeit der Informationsangebote zu achten; sie müssen sich den jeweiligen Zielgruppen anpassen um eine durchgreifende Gesundheitsförderung bewirken zu können. Die Verwendung leichter Sprache hilft nicht nur Menschen mit einer geistigen Behinderung, sondern auch den in der Gesetzesbegründung ausdrücklich erwähnten Menschen mit Migrationshintergrund und/oder niedrigem Bildungsstand.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE wäre es wünschenswert, wenn es auch hier klare Vorgaben im Gesetzentwurf gäbe. Dies gebietet unter anderem auch die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in deutsches Recht.

d) Prävention in Lebenswelten

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt den dadurch zum Ausdruck kommenden Settingansatz sowie die weite Formulierung der Lebenswelten, hält allerdings eine Erläuterung des Begriffs des Wohnens in der Begründung für erforderlich. Dabei sollte klargestellt werden, dass unter den Begriff des Wohnens auch das Umfeld wie das Dorf, der Stadtteil oder das Quartier verstanden werden sollte.

Ferner sollte aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE in der Begründung klargestellt werden, dass die Maßnahmen aufgrund des weiten Settingansatzes nicht auf Betriebe, Altenheime und Kindergärten begrenzt sind. Es sollte

ferner aufgenommen werden, dass auch Einrichtungen der Behindertenhilfe als Lebenswelten einzustufen ist. Die gesundheitliche und betriebliche Prävention ist in Einrichtungen der Behindertenhilfe sehr wichtig und sollte daher einen hohen Stellenwert erhalten. Zwar werden diese Einrichtungen nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE von der Legaldefinition erfasst. Zur Klarstellung regt die BAG SELBSTHILFE jedoch an, dass in der Gesetzesbegründung dargestellt wird, dass auch Einrichtungen der Behindertenhilfe von der Aufzählung in § 20 Abs. 3 S. 2 erfasst sind. Bei Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung bestehen nämlich gehäufte Erkrankungsrisiken, die durch geeignete Präventionsmaßnahmen sehr gut verhindert werden können. So zeigen beispielsweise Untersuchungen in verschiedenen Ländern und Populationen, dass Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung häufiger übergewichtig und adipös sind. Wenn nun in Einrichtungen der Behindertenhilfe zielgerichtet Angebote zur gesunden Ernährung und sportlichen Aktivität angeboten werden, kann sehr effektiv gesundheitsbewusstes Verhalten gestärkt und häufig auftretende Gesundheitsrisiken reduziert werden. Die degenerative Veränderung des Halteapparats von Menschen mit einer Behinderung ist ein weiteres Beispiel einer häufig auftretenden chronischen Erkrankung, die im Rahmen der effizienten Gesundheitsförderung und Prävention oftmals verhindert werden könnte. Werden die jeweiligen Präventionsmaßnahmen gezielt in der „Lebenswelt Einrichtung der Behindertenhilfe“ durchgeführt, können vielen Menschen gesundheitsfördernde Verhaltensweisen effizient nahe gebracht werden.

e) Erleichterung der Inanspruchnahme von Primärpräventions- und Vorsorgeleistungen für Versicherte mit besonderen beruflichen oder familiären Belastungssituation (§ 23 SGB V)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass für pflegende Angehörige ein Anreiz für die Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen geschaffen werden soll. Diese sollen auch wohnortfern und kompakt erbracht werden können. Zwar ist die Verbesserung der Möglichkeiten zu Kuren aufgrund besonderer beruflicher

oder familiärer Belastungssituation zu begrüßen. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE haben dauerhafte Unterstützungsangebote jedoch eine größere Bedeutung für Menschen in Belastungssituationen, etwa für pflegende Angehörige. Vor diesem Hintergrund wird auch die stärkere Möglichkeit der Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten im Pflegestärkungsgesetz I begrüßt. Insgesamt muss jedoch der Ausbau von Unterstützungssystemen vorangetrieben werden.

In diesem Zusammenhang wird auch darauf hingewiesen, dass die Selbsthilfe bei der Krankheitsbewältigung durch Angehörige bereits jetzt grundlegend wichtige Arbeit leistet. So bietet etwa der Bundesverband Angehörige Psychisch Kranke Seminare an, in welchen Angehörige nicht nur umfassend über die Krankheiten aufgeklärt, sondern auch Alltagsbewältigung, Frühwarnzeichen, Hilfeangebote und einen gelasseneren Umgang mit Krisen präsentiert bekommen und erlernen können. Derartige Angebote verhindern Überlastung, helfen Angehörigen enorm und sollten daher ausgebaut werden.

4. Betriebliche Gesundheitsförderung (§ 20 b SGB V)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt zwar grundsätzlich den Ansatz, dass die gesetzlichen Krankenkassen nach § 20 Abs. 6 Satz 2 verpflichtet werden sollen, mindestens 2 Euro für jeden ihrer Versicherten für Leistungen in Lebenswelten und im Betrieb nach § 20 a und b zu verausgaben. Sie bedauert jedoch, dass der Großteil der Ausgaben offenbar für individuelle Präventionsangebote verausgabt werden soll, deren Nutzen für eine langfristige Verhaltensänderung diesseits bezweifelt wird.

Was die in § 20 b Abs. 3 vorgesehene Verpflichtung zur Unterstützung regionaler Koordinierungsstellen anbelangt, so ist die Etablierung einer entsprechenden Vorschrift ohne klare organisatorische Vorgaben nicht ausreichend. Die BAG SELBSTHILFE erinnert insoweit an die schlechten Erfahrungen mit den gemeinsamen Servicestellen nach SGB IX.

5. Förderung der Selbsthilfe, § 20 c - alt

a. Die Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen stellt eine der wichtigsten Präventionspotentiale in unserer Gesellschaft dar:

Selbsthilfegruppen und -organisationen bilden soziale Netzwerke, in denen Menschen sich über lange Zeiträume hinweg kontinuierlich begegnen und sich zu gesundheitlichen Fragen austauschen, ja sogar ein vertrauensvolles Miteinander aufbauen.

Menschen sind „in der Selbsthilfe“ tätig. D.h. sie erleben die Selbsthilfe als geschützten Bereich, als spezifische Lebenswelt. Damit stellt die Selbsthilfe ein klassisches Handlungsfeld für Prävention und Gesundheitsförderung, wenn man so will – ein umfassend ausgeprägtes Setting dar.

Die Menschen, die sich in Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen zusammenschließen, weisen spezifische Merkmale auf, die sie als Zielgruppe klar identifizierbar machen. Damit ist die Selbsthilfe für all diejenigen interessant, die die Menschen in Selbsthilfegruppen und -organisationen bei der Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit unterstützen möchten.

Das besondere Kennzeichen der Selbsthilfe ist es aber, nicht nur passives Handlungsfeld anderer im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung zu sein. Die Selbsthilfe ist selbst Akteur, und zwar einerseits bezogen auf die eigene Arbeit, aber auch bezogen auf andere Zielgruppen.

Demgemäß ist es ein Kernbestandteil der Selbsthilfearbeit, die Verschlimmerung von Erkrankungen bei den eigenen Mitgliedern zu verhindern, Folgeerkrankungen zu vermeiden oder aber zumindest frühzeitig zu erkennen (Prävention). Ferner ist es Kernbestandteil der Selbsthilfearbeit, den eigenen Mitgliedern ein größtmögliches Maß an Selbstbestimmung über ihre gesundheitlichen Möglichkeiten zu erstreiten und sie im Umgang mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen zu befähigen (Gesundheitsförderung).

Selbsthilfegruppen und -organisationen legen aber auch Projekte auf, die sich auf die Prävention und Gesundheitsförderung von Menschen beziehen, die nicht von der eigenen chronischen Erkrankung oder Behinderung betroffen sind. Die Selbsthilfe stellt insoweit als Teil der Zivilgesellschaft ihre Betroffenenkompetenz in den Dienst anderer, um diese beim Erhalt und bei der Förderung ihrer Gesundheit zu unterstützen.

Die Selbsthilfe ist daher

- als Teil der Zivilgesellschaft ein wichtiger Baustein, damit Prävention und Gesundheitsförderung in sämtlichen Gesellschaftsbereichen wirkungsvoll umgesetzt werden können,

- ein soziales System, das schon aufgrund der Zielsetzungen seiner Mitglieder auf interne Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung angelegt ist,

- ein Setting, das sich für die Umsetzung von Präventionsprogrammen und gesundheitsfördernden Maßnahmen sehr gut eignet.

b. Die Selbsthilfeförderung nach § 20 c bzw. § 20 h n.F. ist weiterzuentwickeln.

Unverständlich ist, dass die Vorschrift zur Förderung der Selbsthilfe durch die gesetzliche Krankenversicherung nach dem vorliegenden Gesetzentwurf nur verschoben, nicht aber weiterentwickelt werden soll.

Bedenkt man das oben geschilderte Präventionspotential der Selbsthilfe, dass der in § 20 c SGB V bislang vorgesehene Förderbedarf von 63 Cent pro Versicherten viel zu gering bemessen ist. Dies inbesondere im Vergleich zu den 7 €, die die gesetzliche Krankenversicherung im Allgemeinen nur für Maßnahme der Prävention und Gesundheitsförderung aufwenden soll.

Der Förderbetrag muss daher zumindest auf 1 € pro Versicherten angehoben werden. Eine Erhöhung des Förderbetrages ist auch deshalb unabdingbar, weil die Selbsthilfe die Hauptarbeit bei der Umsetzung der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen leistet. Während die Beteiligungsrechte in den letzten Monaten und Jahren immer weiter ausgebaut wurden, hat die Förderung der Selbsthilfe diese Dynamik nicht mitvollzogen. Mit dem Präventionsgesetz muss dies nunmehr ausgeglichen werden.

Die Patientenbeteiligung ist die Grundlage für ein bürgerorientiertes Gesundheitswesen. Ein bürgeorientiertes Gesundheitswesen ist die Grundlage für eine erfolgreiche Präventionspolitik.

Eine Weiterentwicklung der Fördervorschrift des § 20 c SGB V ist aber auch deshalb erforderlich, weil das Förderverfahren in den letzten Jahren immer bürokratischer augestaltet wurde.

Die BAG SELBSTHILFE fordert daher die Aufhebung des prozentualen Anteils für die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung, die auch ausdrücklich als pauschale Festbetragszuwendung im Gesetz verankert werden muss.

Ferner muss zweckwidrige Diskriminierungen wie der teilweise Förderausschluss für „Dachverbände“ per Gesetz aufgehoben werden.

Nur so kann die Selbsthilfeförderung weiter zum Motor für eine Fortentwicklung der Selbsthilfearbeit werden. Selbsthilfeförderung darf sich nicht in kurzlebiger, bürokratisch überformter und rein situativ orientierter Projektarbeit erschöpfen.

6. Nationale Präventionskonferenz (§ 20 e SGB V)

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE macht eine nationale Präventionskonferenz nur dann Sinn, wenn sie nicht nur auf das Abfassen eines Berichts beschränkt ist, sondern eine echte Steuerungsinstanz wird, die sich auch mit der Entwicklung einer gesamtgesellschaftlichen Präventionsstrategie befasst, wie sie der Antrag

der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN fordert. Unklar ist im bisherigen Gesetzentwurf, wie die Präventionskonferenz mit dem Gesundheitsziele-Prozess verknüpft sein soll und in welchem Verhältnis die Präventionskonferenz zu den Zertifizierungsbemühungen des GKV-Spitzenverbandes steht. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte die Zertifizierung von Leistungen einer kassenexternen Instanz, also bspw. der Konferenz übertragen werden.

Es wird jedoch ausdrücklich begrüßt, dass die Patientenorganisationen nach § 140 f SGB an der Präventionskonferenz zu beteiligen sind.

7. Gesundheitsuntersuchungen und Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten (§ 25 SGB V)

Die BAG SELBSTHILFE weist darauf hin, dass die Evidenzlage zu den bestehenden Gesundheitsuntersuchungen schlecht ist. Insbesondere die vom Gesetz vermuteten positiven Effekte des „Gesundheitschecks 35“ sind nicht belegt. Insoweit wird dringend angeregt, die im Gesetz enthaltene Quasi- Malus Regelung (Verknüpfung der Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen mit einer Nichtabsenkung der Belastungsgrenze für Chroniker) zu streichen.

Zwar mag es sein, dass die derzeit nach § 25 durchgeführten Untersuchungen sinnvoll sind. Evidenzbasiert ist dies jedoch derzeit nicht. Insoweit bedürfte es jedoch einer intensiven Forschungsförderung, um zu klären, wie Früherkennungsuntersuchungen so auszugestalten sind, dass schwere, insbesondere auch sonst tödlich verlaufende Erkrankungen auch rechtzeitig und sachgerecht erkannt werden können. Eine Quasi- Malus Regelung, wie sie derzeit im § 62 Abs. 1 S. 3 enthalten ist, rechtfertigt die Evidenzlage zu den Früherkennungsuntersuchungen jedoch derzeit nicht.

Die BAG SELBSTHILFE ist auch enttäuscht darüber, dass die Gewährleistung von bundesweit verfügbaren barrierefreien Arztpraxen und Untersuchungsmöglichkeiten nicht in den Gesetzestext aufgenommen wie dies die UN-Behindertenrechtskonvention erfordert.

Ferner fehlt es im Kontext des § 25 an einem Hinweis auf die Notwendigkeit einer intensiven Arzt-Patienten-Kommunikation, da nur so Präventionsmaßnahmen und eine Stärkung der Gesundheitskompetenz vor dem Hintergrund der konkreten Lebensumstände der Patientinnen und Patienten ermöglicht werden kann.

Die Klärung von Risikoprofilen aufgrund von Risiko-Scores, welche nur im Wege der Abfrage durch Fragebögen durchgeführt wird, hält die BAG SELBSTHILFE aus den eingangs genannten Gründen bzgl. der Prävention bei Kindern und Jugendlichen auch hier nicht für zielführend.

Es wird jedoch ausdrücklich begrüßt, dass auch bei Gesundheitsuntersuchungen von Kindern und Erwachsenen die Frage des **Impfstatus** angesprochen wird und hierzu beraten wird. Gerade Menschen mit chronischer Erkrankung sind häufig – etwa wegen einer Immunschwäche oder der Gabe von Immunsuppressiva – in hohem Maße auf eine flächendeckende Durchimpfung der Bevölkerung angewiesen.

8. Kinder- und Jugenduntersuchungen, sog. U-Untersuchungen (§ 26 SGB V)

Grundsätzlich hält auch die BAG SELBSTHILFE eine Verbesserung der Beratung der Eltern zu gesundheitlichen Belangen ihrer Kinder für wünschenswert.

Dabei bleibt jedoch fraglich, ob die gewählte Idee einer Verbindung der U-Untersuchungen mit der Präventionsberatung der Eltern ein zielführender Ansatz ist. Die U-Untersuchungen werden auch deswegen durchgehend und flächendeckend in allen Gesellschaftsschichten gut angenommen, weil diese kindzentriert ausgestaltet sind[4]. Gerade Mütter in schwierigen sozialen Lebenslagen müssen eben keine Angst davor haben, dass sie in ihrer sozialen Rolle und Befähigung als Mutter in Frage gestellt werden, wie sie dies von den übrigen Sozialleistungsträgern immer wieder erleben. Insofern steht zu befürchten, dass gerade diejenigen, die eventuell angesprochen werden müssten, durch eine Erhebung ihrer psychosozialen Daten mit Fragebögen zur sozialen Lage von der Teil-

[4] http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=8616

nahme an der Untersuchung abgeschreckt oder zu sozial erwünschten, aber unzutreffenden Antworten veranlasst werden.

Insgesamt wird der Ansatz kritisch gesehen, den Kinder- und Jugendärzten die Aufgabe zu übertragen, alle körperlichen, seelischen und sozialen Aspekte der kindlichen Entwicklung gemeinsam mit den Eltern aufzuarbeiten. Zum einen verfügen die Kinder- und Jugendärzte in der Regel nicht über die Fachkompetenz, auch Fragen der Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie aufzuarbeiten sowie im Bereich der Sozialarbeiter tätig zu werden. Zum anderen ist nicht selten gerade die Beziehungskonstellation zwischen Kindern und Eltern verantwortlich für Risiken in der gesundheitlichen Entwicklung der Kinder. Hier ist es nicht hilfreich, die Eltern zu Kronzeugen der Situation des Kindes beim Arzt zu machen.

Vor diesem Hintergrund tritt die BAG SELBSTHILFE dafür ein, dass Kinderuntersuchungen vor allem als eine Möglichkeit angesehen werden, Aufgaben im Kernbereich der kinderärztlichen Tätigkeit wahrzunehmen, aber gleichzeitig ggf. auch **fachliche Unterstützung** beizuziehen. Insofern wird begrüßt, dass hier auch u.U. an frühe Hilfen verwiesen werden kann; für chronisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche wäre jedoch ebenfalls wichtig, dass den Kinder- und Jugendärzten eine Verweisung an Sozialpädiatrische Zentren auferlegt wird, soweit dies notwendig ist. Nach Berichten aus der Praxis erfolgen solche Verweisungen zu selten. Dies bedingt eine verbesserte Vernetzungs- und Verweisungskompetenz der Kinderärzte. Entsprechende Modellvorhaben sollten etabliert und gefördert werden.

Insgesamt zeigt gerade der Bereich Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen, dass der vorliegende Gesetzentwurf allenfalls als ein erster Schritt zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung angesehen werden kann. Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen oder die Kinderuntersuchungen haben nämlich bei der Entwicklung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen nur eine untergeordnete Bedeutung.

Gesundheitsbezogene Lerninhalte in Schulen und Familien zu verankern, bedürfte eines strukturierten Zusammenwirkens vieler Akteure im föderalen Staat.

Eine nationale Präventionsstrategie darf sich daher nicht auf die GKV beschränken, sondern muss – auch gesetzgeberisch – sehr viel weiter greifen.

9. Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 65a SGB V)

Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten kommen in der Regel denjenigen zu Gute, die ohnehin viel für Ihre Gesundheit tun. Gerade schwer erreichbare und vulnerable Zielgruppen profitieren hiervon wenig.

Insofern werden bei den vorgesehenen Boni – ohne große Steuerungs- und Präventionswirkung - Gelder der GKV ausgegeben, die an anderer Stelle, etwa bei der Heil- und Hilfsmittelversorgung, dringend benötigt werden. Hier führt eine Fehl- oder Unterversorgung regelmäßig zu zusätzlichen Ausgaben, da die so entstehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch Krankenhausaufenthalte oder Operationen wieder aufgefangen werden müssen.

Insofern lehnt die BAG SELBSTHILFE derartige Boni- Zahlungen ab.

10. Prävention in Pflegeeinrichtungen (§ 5 SGB XI)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Regelung ausdrücklich, wonach auch Prävention in Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden kann; sie regt jedoch an, dass auch im Bereich der ambulanten Pflege entsprechende Präventionsangebote vergütet werden können.

II. Weitere Maßnahmen

Die BAG SELBSTHILFE hält darüber hinaus für eine der besonderen Zielgruppen des Gesetzentwurfs – die Kinder- und Jugendlichen – folgende Maßnahmen für dringend notwendig. Es wird insoweit darauf aufmerksam gemacht,

dass rund 8- 10 Prozent der Kinder und Jugendlichen chronisch krank oder behindert sind.

1. **Transition – Übergang von der Jugend- in die Erwachsenenmedizin**

   Insbesondere die sog. Transition, also der Übergang von der Jugend- in die Erwachsenenmedizin, wird seitens der Mitgliedsverbände als zentrales Problem angesehen. Hier wird in fast allen Bereichen von erheblichen Problemen berichtet. So wurde etwa in einer Studie festgestellt, dass nach Verlassen der Kinderrheumatologie lediglich zwei Drittel der Befragten die Erwachsenenmedizin erreichten. Insgesamt beurteilten nur die Hälfte der Befragten den Übergangsprozess als befriedigend.[5] Dabei trägt eine fachkompetente Versorgung wesentlich dazu bei, die Krankheitslast zu verringern und chronisch kranken und behinderten Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein möglichst normales Leben und Arbeiten zu ermöglichen. Insofern ist es eminent wichtig, dass der Übergang erfolgreich ist; dies kann etwa durch die Verankerung von Übergangssprechstunden, interdisziplinären Teams oder Flexibilisierung der Altersgrenzen – orientiert an der individuellen Lebenssituation – gelingen. Diesseits besteht die Hoffnung, dass durch die Schaffung einer EBM-Ziffer eine Besserung eintreten kann. Dennoch wird dies nicht alle Probleme lösen.

   Insoweit fordert die BAG SELBSTHILFE Kompetenznetze für den Bereich der Transition und bietet insoweit die Mitarbeit der Selbsthilfe in diesen Netzen an.

2. **Frühförderung und sozialpädiatrische Zentren**

   Auch die unzureichenden und uneinheitlichen Regelungen im Bereich Frühförderung werden seitens des Arbeitskreises Kinder und Jugendliche in der BAG SELBSTHILFE bemängelt; hier hat insbesondere die nicht schwierige Problematik der ungeklärten Kostentragung und die uneinheit-

[5] Niewerth/Minden: Transition- Der schwierige Weg von der pädiatrischen in die Erwachsenenrheumatologie, zit. http://www.rheuma-liga.de/aktivitaeten/forschung/forschungsprojekte/junge-rheumatiker/

lichen Leistungsvoraussetzungen aus Sicht der BAG SELBSTHILFE zur Folge, dass die Komplexleistung Frühförderung in vielen Gebieten Deutschlands nur unzureichend umgesetzt wird. Für behinderte Kinder, für die diese Frühförderung eminent wichtig ist, bedeutet dies, dass die Leistung oft entweder gar nicht, nur in unzureichender Form oder mit Wartezeit zu erhalten ist. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

3. Barrierefreiheit

Die BAG SELBSTHILFE hält es für dringend erforderlich, dass eines der Hauptprobleme behinderter Kinder, Jugendlicher und Erwachsenen, die mangelnde Barrierefreiheit der Arztpraxen sowie der sonstigen Leistungserbringer, angegangen wird. Hier ist nunmehr endlich die in der UN-BRK geforderte Barrierefreiheit der Gesundheitsversorgung umzusetzen. Zu Recht fordert der Antrag der Fraktion DIE LINKE eine barrierefreie Infrastruktur; diese ist jedoch noch nicht einmal bei den Arztpraxen gegeben. Die BAG SELBSTHILFE hatte hierzu im Versorgungsstärkungsgesetz bereits auf Lösungsmöglichkeiten hingewiesen. Die dort enthaltene Implementierung der Barrierefreiheit bei der Nachbesetzung eines Arztsitzes wird insoweit ausdrücklich begrüßt; es sind jedoch weitere Maßnahmen, wie etwa die **Verwendung von Mitteln des Strukturfonds für den Ausbau barrierefreier Praxen**, notwendig, um die Barrierefreiheit wirklich voranzutreiben.

4. Rehabilitation

Hier wird aus den Verbänden berichtet, dass in vielen Erkrankungsbereichen Plätze für Kinder nicht zur Verfügung stehen. Selbst wenn Angebote vorhanden sind, fehlt es dann oft an der Ausrichtung an den Lebenswelten der Kinder, so ist etwa das Angebot einer Rehabilitation in den Sommerferien nur selten vorhanden.

Im Bereich der Kinder und Jugendlichen ist es darüber hinaus wichtig, dass auch die Familien in die Rehabilitation einbezogen werden. Es wird

insoweit auf die von unserem Mitgliedsverband, dem Bundesverband Herzkranke Kinder e.V., entwickelten Kriterien für eine Familienorientierte Rehabilitation verwiesen. Dabei wird auf folgendes hingewiesen: Auch wenn es hier eine entsprechende Vereinbarung über die Kostenübernahme mit den Krankenkassen gibt, werden die Anträge in sehr vielen Fällen zunächst abgelehnt. Hier wäre eine entsprechende gesetzliche Regelung sicherlich hilfreich.

Berlin, 17. April 2015

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(2)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
13.04.2015

BPtK
BundesPsychotherapeutenKammer

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG)
Bundestagsdrucksache 18/4282

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 07.04.2015

BPtK
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030 278785-0
Fax: 030 278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung ... 3

1.1 Prävention gesamtgesellschaftlich verantworten ... 3
1.2 Psychischen Erkrankungen vorbeugen ... 4
1.3 Psychotherapeutischen Sachverstand nutzen ... 5

2. Artikel 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ... 7

2.1 § 20 Abs. 2 SGB V: Primäre Prävention und Gesundheitsförderung ... 7
2.2 § 20 Abs. 3 SGB V: Berücksichtigung von Gesundheitszielen ... 8
2.3 § 20a Abs. 3 SGB V: Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ... 9
2.4 § 25 Abs. 1 SGB V: Anspruch auf Gesundheitsuntersuchungen ... 10
2.5 § 25 Abs. 3 Nr. 2 SGB V: Voraussetzungen von Früherkennungsuntersuchungen ... 12
2.6 § 26 Abs. 1 SGB V: Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche ... 13

3. Artikel 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ... 15

3.1 § 20b Abs. 3 SGB V: Gemeinsame regionale Koordinierungsstellen ... 15
3.2 § 28 Abs. 3 SGB V: Definition psychotherapeutischer Leistungen ... 15

1. Vorbemerkung

Prävention und Gesundheitsförderung werden in einer Gesellschaft mit steigendem Lebensalter sowie multimorbiden und chronischen Erkrankungen immer wichtiger, damit Krankheiten erst gar nicht entstehen oder möglichst kurz verlaufen. Dabei gilt es, schon bei Kindern und Jugendlichen frühzeitig zu beginnen. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt vor diesem Hintergrund ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention.

Wesentliche Voraussetzungen erfolgreicher Prävention sind partizipative Angebote für spezifische Zielgruppen in deren Lebenswelten (z. B. nach Alter, Geschlecht, ethnischer Herkunft, kulturellem Hintergrund, sozialem Status und Bildung). Dazu muss es gelingen, alle in Lebenswelten – wie Familie, Kindertagesstätte, Schule, Betrieb, Verein oder Senioreneinrichtung – relevanten Kostenträger und Leistungserbringer an der Prävention zu beteiligen. Das erfordert gesetzliche Regelungen, nach denen Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftlich finanziert und verantwortet werden, unter Beteiligung von Bund, Ländern und Kommunen sowie möglichst sämtlicher Sozialversicherungsträger und unter Mitwirkung der qualifizierten Leistungsanbieter. Die konkrete qualitätsgesicherte Verhaltens- und Verhältnisprävention sollte dann orientiert an nationalen Gesundheitszielen regional koordiniert werden.

Zur Erreichung beobachtbarer und nachhaltiger Präventionserfolge fordert die BPtK daher folgende Änderungen:

1.1 Prävention gesamtgesellschaftlich verantworten

Prävention und Gesundheitsförderung dürfen, vor allem wenn sie Lebenswelten adressieren, keine Einzelmaßnahmen einzelner Sozialversicherungen bleiben, sondern sollten gemeinsame und koordinierte Maßnahmen aller Sozialversicherungen sowie von Bund, Ländern und Kommunen werden. Dies gilt insbesondere, wenn es um mehr Chancengleichheit für ein gesundes Leben geht. Erwachsene mit geringem Einkommen und niedriger Bildung erkranken in Deutschland mehr als zweimal so häufig an einer Depression wie Erwachsene mit hohem so-

zioökonomischem Status. Bei Kindern und Jugendlichen aus einkommensschwachen Familien werden deutlich häufiger Verhaltensauffälligkeiten diagnostiziert.

Um sozial benachteiligte Menschen zu erreichen, greift eine im Wesentlichen von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierte und gesteuerte Prävention zu kurz. Mit der nationalen Präventionsstrategie werden zwar im Grundsatz richtige Strukturen vorgeschlagen, die Voraussetzungen für die Kooperation aller Sozialversicherungsträger schaffen. Ob das ausreicht, damit tatsächlich vor Ort in den Lebenswelten abgestimmte oder sogar gemeinsame Präventionsangebote realisiert werden, bleibt abzuwarten. Es wird eine Aufgabe des Präventionsberichtes sein, die Umsetzung in den Lebenswelten kritisch zu bewerten und ggf. Regelungen für eine verbindlichere Kooperation vorzuschlagen.

Unabhängig davon ist es aus Sicht der BPtK erforderlich, zumindest im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung weiter nach Wegen zu suchen, die privaten Versicherungen ebenso wie die Träger der Beihilfe verpflichtend und nicht nur auf freiwilliger Basis einzubeziehen. Andernfalls sind Regelungen, die Präventionsmaßnahmen in Lebenswelten auf gesetzlich Krankenversicherte beschränken sollen, praktisch nicht durchführbar, wenn man etwa an Prävention in der Lebenswelt Schule denkt.

1.2 Psychischen Erkrankungen vorbeugen

Konkret zeigt sich die Notwendigkeit einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung bei psychischen Erkrankungen. Die BPtK fordert, dieses Handlungsfeld im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens stärker in den Fokus zu nehmen. Ziel sollte im Sinne von „Health in all Policies“ die Implementation eines „Nationalen Aktionsprogrammes Psychische Gesundheit“ sein – eine nationale Initiaitve zur Förderung der psychischen Gesundheit mit ressortübergreifender Verantwortung. Die aktuellen Vorschläge für eine Nationale-Diabetes-Strategie belegen den starken politischen Willen zur Bekämpfung von Volkskrankheiten. Psychische Erkrankungen gehören ebenfalls zu den Volkskrankheiten des 21.

Jahrhunderts. Das große persönliche Leid und die immensen volkswirtschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen machen es dringend erforderlich, diesem rasch und damit parallel zu einer Nationalen-Diabetes-Strategie mit einer nationalen konzertierten Aktion zu begegnen. Das Aktionsprogramm IN FORM zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung hat gezeigt, dass ein konzertiertes Handeln möglich ist, wenn alle Akteure gemeinsame Ziele verfolgen.

1.3 Psychotherapeutischen Sachverstand nutzen

Der Gesetzentwurf benennt den Wandel des Krankheitsspektrums und verweist auf die veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt als Probleme, für die mit dem Präventionsgesetz Lösungen vorgeschlagen werden. Zugleich wird aber mit dem vorliegenden Gesetzentwurf psychotherapeutischer Sachverstand überhaupt nicht adressiert. Dabei sind gerade die psychischen Erkrankungen ein Merkmal der neuen Morbidität und psychische Belastungen die neuen gesundheitlichen Herausforderungen in der Arbeitswelt. Daneben spielen psychische Faktoren auch für die erfolgreiche Veränderung gesundheitsschädlicher Lebensstile eine entscheidende Rolle.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind dafür aufgrund ihrer Ausbildung die Spezialisten. Doch der Entwurf schließt bisher Psychotherapeuten von Gesundheitsuntersuchungen und der Empfehlung von Präventionsangeboten aus. Dabei sollten Präventionsleistungen zu den essenziellen Leistungen von psychotherapeutischen Sprechstunden gehören, wie sie im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geplant sind. Psychische Beschwerden sind nicht immer behandlungsbedürftig. Stellen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Symptome einer psychischen Überforderung fest, die zu einer psychischen Erkrankung führen können, sollten sie auch geeignete präventive Maßnahmen empfehlen können.

Die BPtK hält es vor diesem Hintergrund für erforderlich, die Kompetenz der über 40.000 Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten in

Deutschland stärker für die Prävention und Gesundheitsförderung zu nutzen. Psychotherapeuten sollten ausdrücklich als Leistungserbringer von Früherkennungs- und Gesundheitsuntersuchungen genannt werden.

2. Artikel 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

2.1 § 20 Abs. 2 SGB V: Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Der GKV-Spitzenverband soll unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung festlegen. Dazu werden eine Reihe von Fachwissenschaften sowie mit der Formulierung „ärztlichem und pflegerischem Sachverstand“ zwei Berufsgruppen aufgelistet, die dabei insbesondere einzubeziehen sind. Bei dieser Auflistung wurde jedoch auf die Benennung psychotherapeutischen Sachverstandes verzichtet. Dabei sind die Veränderung gesundheitsschädigenden Verhaltens und die Realisierung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise (z. B. zur Prävention von Diabetes mellitus Typ 2 oder Adipositas bei Kindern und Jugendlichen) bekanntermaßen von einer Reihe emotionaler, motivationaler und sozialer Faktoren abhängig. Informationen über Gesundheitsrisiken und geeignete Präventionsmaßnahmen sowie andere Unterstützungsangebote reichen in der Regel nicht aus, um für eine Teilnahme an Präventionsmaßnahmen zu motivieren. Wenn es um die Festlegung von Handlungsfeldern und Kriterien für Leistungen geht, die gesundheitsbezogenes Verhalten ändern wollen, darf aus den genannten Gründen jene Fachdisziplin und Berufsgruppe nicht fehlen, die über die fundierteste Expertise in diesem Bereich verfügt. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben eine für Prävention und Gesundheitsförderung unverzichtbare Kompetenz. Daher ist psychotherapeutischer Sachverstand unbedingt in der Auflistung aufzuführen.

§ 20 Abs. 2 neu sollte daher wie folgt geändert werden:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, ***psychotherapeutischen,*** arbeitsmedizinischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverstandes sowie der Menschen mit Behinderung einheitliche

Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele.

2.2 § 20 Abs. 3 SGB V: Berücksichtigung von Gesundheitszielen

Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Abs. 2 Satz 1 soll der GKV-Spitzenverband auch die in Nr. 1 - 7 genannten Gesundheitsziele berücksichtigen. Dort werden die bislang vom Kooperationsverbund gesundheitsziele.de erarbeiteten nationalen Gesundheitsziele abschließend aufgeführt.

Die Nennung dieser sieben Gesundheitsziele in ihrer aktuellen Fassung im Gesetzesentwurf könnte neuen oder aktualisierten Gesundheitszielen den Weg in die Umsetzung erschweren oder gar verschließen. Damit der Dynamik des Gesundheitszieleprozesses Rechnung getragen wird, empfiehlt die BPtK, auf die Nennung einzelner Gesundheitsziele im Gesetz zu verzichten und stattdessen auf die Gesundheitsziele des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de direkt Bezug zu nehmen.

Es sollte sichergestellt werden, dass auch künftig die fachliche und organisatorische Begleitung des Gesundheitszieleprozesses gewährleistet ist. Dazu sollte die Aufrechterhaltung und die verlässliche Finanzierung einer Struktur für die Begleitung des Gesundheitszieleprozesses mit dem Gesetz geregelt werden. Für eine Einbindung in den regelmäßigen und strukturierten Austausch zur nationalen Präventionsstrategie, sollte der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de darüber hinaus ständiges Mitglied in der Nationalen Präventionskonferenz werden.

2.3 § 20a Abs. 3 SGB V: Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Der GKV-Spitzenverband soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit der Durchführung kassenübergreifender Leistungen der Prävention in Lebenswelten für von der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen beauftragen. Dafür soll die BZgA vom GKV-Spitzenverband pauschal vergütet werden.

Die BPtK hält es grundsätzlich für sinnvoll, in den Lebenswelten kassenübergreifend präventiv tätig zu werden. Allerdings dürfte es bei einer Vielzahl von Maßnahmen nicht praktikabel sein, die Präventionsleistungen in Lebenswelten auf gesetzlich Krankenversicherte zu beschränken. Hier ist z. B. an Gruppenprogramme für Kindertagesstätten oder Schulen zu denken, bei denen dann ggf. Kinder von Beamten oder privat krankenversicherten Eltern für den Zeitraum aus den vertrauten Gruppenverbänden auszuschließen wären. Dies ist nicht intendiert, sondern lediglich der Konstruktion geschuldet, dass zur Finanzierung von Prävention in Lebenswelten ausschließlich die gesetzliche Krankenversicherung verpflichtet wird.

Grundsätzlich wäre eine gesamtgesellschaftlich verantwortete und finanzierte Prävention in Lebenswelten erforderlich, die langfristig über die Strukturen der nationalen Präventionsstrategie erreicht werden kann, kurzfristig aber nicht zu erwarten ist. Darüber hinaus wäre zur Realisierung erforderlich, neben den gesetzlichen Krankenversicherungen auch die privaten Krankenversicherungen und die Beihilfe zur Mitfinanzierung zu verpflichten. Damit die vorgeschlagene gesetzliche Regelung zur kassenübergreifenden Prävention in Lebenswelten praktikabel ist, obwohl diese Mitfinanzierung noch nicht realisiert ist, sollte § 20a Abs. 3 neu angepasst werden.

§ 20a Abs. 3 neu sollte daher wie folgt geändert werden:

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 Lebenswelten älterer Menschen und zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2016 insbesondere mit der Entwicklung krankenkassenübergreifenden Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation.

2.4 § 25 Abs. 1 SGB V: Anspruch auf Gesundheitsuntersuchungen

Versicherte sollen einen Anspruch erhalten auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung.

Arztbesuche und Gesundheitsuntersuchungen können ein niedrigschwelliger Zugang zu qualitätsgesicherten Angeboten von Präventionsmaßnahmen sein – gerade bei Risikopatientinnen und -patienten, die auf diesem Wege individuell über bedarfsgerechte Angebote informiert und zur Teilnahme motiviert werden können. Die BPtK unterstützt vor diesem Hintergrund das Ziel, Gesundheitsuntersuchungen zu nutzen und präventionsbezogene Beratungsleistungen auszubauen, um die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen insbesondere auch bei Risikopatienten zu verbessern. Wichtig ist, dass es hier explizit nur um solche Risiken gehen kann, denen durch zertifizierte Präventionsmaßnahmen begegnet werden kann.

Angesichts des Stellenwerts psychischer Erkrankungen und der Notwendigkeit, gerade in diesem Bereich die Anstrengungen der Prävention zu verstärken, sollte das Angebot der Gesundheitsuntersuchungen und der damit verbundenen Empfehlungen für Präventionsleistungen unbedingt auch zum Leistungsspektrum der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gehören. Gerade im Kontext der geplanten Einrichtung psychotherapeutischer Sprechstunden (s. § 92 Abs. 6a SGB V im Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung; GKV-VSG; BT-Drs. 641/14) ist dies eine notwendige Erweiterung des psychotherapeutischen Leistungsspektrums. Ein Beispiel ist die Empfehlung von Kursen der Krankenkassen zur Stressbewältigung für belastete Patienten, bei denen sich in der psychotherapeutischen Sprechstunde zeigt, dass ihre Beschwerden (noch) nicht die Kriterien einer psychischen Erkrankung erfüllen.

Neben psychotherapeutischen Gesundheitsuntersuchungen und Präventionsempfehlungen sollten vor diesem Hintergrund auch Krankheitsfrüherkennungsmaßnahmen zum Leistungsspektrum der Psychotherapeuten gehören. Wir schlagen daher vor, den Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss entsprechend zu erweitern.

§ 25 Abs. 1 Satz 1 und 3 sollten daher wie folgt auf Psychotherapeuten ausgeweitet werden:

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche **und psychotherapeutische** Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte **ärztliche oder psychotherapeutische** Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention

nach § 20 Absatz 5. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ~~**ärztlichen**~~ Bescheinigung erteilt.

Wenig zielführend ist, dass mit § 25 Abs. 1 Satz 4 ermöglicht wird, dass die Präventionsempfehlung auch auf „andere Angebote der Verhaltensprävention“ hinweisen kann, wie die vom Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen sowie auf Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung. Es ist nicht sachgerecht, dass der Gesetzgeber Empfehlungen für ausgewählte Präventionsleistungen bzw. Leistungsanbieter ausspricht. Das Präventionsgesetz sollte hier den eingeschlagenen Weg der transparenten Festlegung und Qualitätssicherung von Präventionsmaßnahmen nicht durch einen solchen Hinweis konterkarieren. Die Information über Möglichkeiten und Hilfen sollte vielmehr auf in einem geregelten Verfahren bestimmten Maßnahmenkatalog beschränkt sein. Der Hinweis auf „andere Angebote der Verhaltensprävention“ wäre darüber hinaus auch das Einfallstor dafür, die Präventionsempfehlung als Zusteuerung zu individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen) zu missbrauchen.

§ 25a Abs. 1 Satz 4 neu sollte daher wie folgt geändert werden:

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 der Sportvereine sowie auf Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung***~~.

2.5 § 25 Abs. 3 Nr. 2 SGB V: Voraussetzungen von Früherkennungsuntersuchungen

Als Voraussetzungen für Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 und 2 wird festgelegt, dass Krankheitsanzeichen „medizinisch-technisch“ genügend

eindeutig zu erfassen sind. Die BPtK schlägt vor, das Attribut „medizinisch-technisch“ an dieser Stelle zu streichen, um Fehlinterpretation im Sinne einer Beschränkung auf körperliche Erkrankungen auszuschließen. Gerade für die Früherkennung psychischer Erkrankungen werden häufig Fragebogen als Screeninginstrumente eingesetzt.

§ 25 Abs. 3 Nr. 2 *soll wie folgt geändert werden:*

2. die Krankheitsanzeichen ~~**medizinisch-technisch**~~ genügend eindeutig zu erfassen sind.

2.6 § 26 Abs. 1 SGB V: Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Die BPtK unterstützt die Anhebung des Anspruchs auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten auf Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres. Positiv ist auch, dass Familien und Kinder, bei denen sich in den Früherkennungsuntersuchungen besonderer Unterstützungsbedarf zeigt, auch auf regionale Unterstützungs- und Beratungsangebote für Eltern und Kinder wie z. B. Angebote der Frühen Hilfen hingewiesen werden können.

Ist als Ergebnis der Früherkennungsuntersuchung eine weitere Abklärung erforderlich, sollte allerdings auch diese – bei negativem Befund – unmittelbar in eine Präventionsempfehlung münden können. Auch sollte mit Blick auf die Verbreitung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen die Sprechstunde in kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Praxen (s. auch hier § 92 Abs. 6a SGB V im Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung; GKV-VSG; BT-Drs. 641/14) einbezogen werden. Damit könnte Kindern und Jugendlichen, deren Auffälligkeit sich in der psychotherapeutischen Abklärung als noch nicht krankheitswertig erweist, mit einer entsprechenden Präventionsempfehlung gezielt weitergeholfen werden. Durch Änderungen in Abs. 1 müsste dazu klargestellt werden, dass mit den dort genannten Untersuchungen nicht nur die Früherkennungsuntersuchungen, sondern auch die Untersuchungen zur anschließenden Abklärung gemeint sind.

§ 26a Abs. 1 Satz 3 und 4 sollten dazu wie folgt geändert werden:

~~***Die***~~ Untersuchungen ***zur Früherkennung und ihre Folgeuntersuchungen*** umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten können. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ~~***ärztlichen***~~ Bescheinigung erteilt.

3. Artikel 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

3.1 § 20b Abs. 3 SGB V: Gemeinsame regionale Koordinierungsstellen

Krankenkassen sollen Unternehmen Beratung und Unterstützung in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen für betriebliche Gesundheitsförderung anbieten. Tatsächlich ist die betriebliche Gesundheitsförderung insbesondere in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) noch unterrepräsentiert. Ursache ist nicht, dass KMU den Faktor Gesundheit unterschätzen. Im Vergleich zu großen Betrieben verfügen sie jedoch in aller Regel über keine eigenen Strukturen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Besonders für KMU ist es daher wichtig, auf externe Strukturen zurückgreifen zu können. Die Beratung zu passgenauen Angeboten, die Vernetzung geeigneter Dienstleister und Leistungserbringer sowie die Koordinierung ihrer Leistungen erfordert Strukturen und Qualifikationen, über die einzelne KMU in der Regel nicht verfügen, die aber regional und verstetigt vorgehalten werden sollten. Die BPtK begrüßt daher die Regelung, dazu künftig regionale Koordinierungsstellen einzurichten. Diese könnten z. B. bei den regionalen Körperschaften der KMU wie Handwerks- oder Handelskammern verortet sein.

3.2 § 28 Abs. 3 SGB V: Definition psychotherapeutischer Leistungen

Zur Realisierung von Gesundheitsuntersuchungen bzw. Früherkennung bei psychischen Erkrankungen ist als Folgeänderung die Definition psychotherapeutischer Leistungen in § 28 Abs. 3 um Leistungen zur Prävention zu erweitern:

> **§ 28 Absatz 3 SGB V** sollte dazu wie folgt neu gefasst werden:
> ***„(3) Die psychotherapeutische Behandlung umfasst die Tätigkeit von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der psychotherapeutischen Kunst ausreichend und***

zweckmäßig ist. Zur psychotherapeutischen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Psychotherapeuten angeordnet und von ihm zu verantworten ist.“

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(37)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
21.04.2015

BVÖGD
Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Stellungnahme des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) (BT-Drucksache 18/4282)

Allgemeine Anmerkungen
Der BVÖGD begrüßt die Absicht der Bundesregierung, mit dem Gesetz strukturelle Voraussetzungen für Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter und in allen Lebensbereichen zu schaffen. Grundsätzlich ist jedoch Prävention und Gesundheitsförderung als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu begreifen.
Da das Gesetz bei umfassenderem Ansatz und Einbindung aller Sozialversicherungsträger mehrfach scheiterte, ist das jetzige Vorgehen mit einer Finanzierung durch das GKV-System nachvollziehbar und eine Chance, Prävention und Gesundheitsförderung in ihrer Bedeutung gesetzlich zu stärken.

Das Ziel über die gesetzlich festgelegte Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention eine Verminderung sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheiten zu erreichen ist zentral und im Rahmen von Evaluationen regelmäßig zu prüfen.

Den mehrgleisigen Ansatz, Prävention im Setting in den Lebenswelten vor Ort zu stärken, betriebliche Gesundheitsförderung vorzusehen und Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention zuzulassen, hält der BVÖGD für richtig.

Dass medizinische Beratung zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Verordnung individueller verhaltenspräventiver Maßnahmen als Leistungen des (ambulanten) medizinischen Versorgungsbereichs vorgesehen sind, ist zu begrüßen. Leider bleibt die strukturelle Einbindung ärztlicher Leistungen durch öffentlichen Gesundheitsdienst wenig konkret.
Da gerade sozial benachteiligte Menschen seltener aktive Beratung suchen, sind aufsuchende Angebote in den Lebenswelten der Betroffenen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst und den Zahngesundheitsdienst häufig die einzigen Szenarien, in denen diese gesellschaftliche Gruppe präventiv beraten werden kann.

Zum Gesetzesentwurf E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung
Zitat aus dem PrävG: „Durch die Mitwirkung an den bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen entsteht darüber hinaus auch den Ländern, den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende und den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand."
Aufgrund der in § 20f zu den Landesrahmenvereinbarungen vorgesehenen Zusammenarbeit von Öffentlichem Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen

öffentlichen Jugendhilfe wäre in dem voranstehend zitierten Satz auch der Öffentliche Gesundheitsdienst mit zu nennen.

Zu Artikel 1 : Änderungen des SGB V
§20 Abs. (1) Vorsehen der „Förderung des selbstbestimmten und gesundheitsorientierten Handelns Versicherter"
Dies ist aus Sicht des BVÖGD ein zu kurz greifender Ansatz, der gerade bei sozial benachteiligten und bildungsfernen Schichten zu einer Vergrößerung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheit beitragen kann, da diese aufgrund ihrer Lebensbedingungen sowie begrenzter bildungs- und finanzieller Ressourcen selbstbestimmtes und gesundheitsorientiertes Handeln nicht - oder nur in geringem Umfang - leisten können. Neben einer frühzeitigen Stärkung von Gesundheitsressourcen und –potenzialen durch das Bildungssystem bedarf es hier niedrigschwelliger, aufsuchender Angebote in den Lebenswelten, wie sie zunehmend durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst implementiert werden („Frühe Hilfen").

§ 20a Abs (3) Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten
Im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 (Wahrnehmung der Aufgaben der BZgA zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten…) soll die Bundeszentrale geeignete Kooperationspartner heranziehen.
Zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten sollten vor allem die Strukturen gestärkt werden, die regional vernetzt, in der Fläche vorhanden und mit den Lebensbedingungen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen vertraut sind. Hierzu gehört insbesondere der Öffentliche Gesundheitsdienst. Durch die konkrete Nennung des bisher an dieser Stelle im Gesetzentwurf nicht genannten Öffentlichen Gesundheitsdienstes sollten Synergien genutzt, die vorhandenen Strukturen gestärkt werden und bei der Wahrnehmung von Aufgaben im Rahmen des Gesetzes finanzielle Unterstützungen ermöglicht werden.

§§ 20d und e Nationale Präventionsstrategie und Nationale Präventionskonferenz
Die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Daher sind Strukturen, die eine abgestimmte Strategie und Kooperation der schon jetzt in der Prävention Tätigen ermöglichen, sinnvoll.
Bei den jetzt im Regierungsentwurf vorgesehenen organisatorischen Strukturen bleibt es den Sozialversicherungsträgern überlassen, von welchen Verbänden sie sich in der Prävention beraten lassen. Da ein großer Teil der primären und insbesondere bei bestehender Erkrankung der sekundären und tertiären Prävention vom medizinischen – ambulanten und öffentlichen - Versorgungssystem geleistet wird, ist nicht nachzuvollziehen, dass die Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung nicht zwingend in die Entwicklung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie eingebunden sind.

§ 20f Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie
Der BVÖGD begrüßt, die Benennung von Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie und die explizite Zusammenarbeit von Öffentlichem Gesundheitsdienst und örtlicher Jugendhilfe.
Um den Aufbau von Doppelstrukturen bei der Umsetzung von Prävention in Lebenswelten zu vermeiden und gleichzeitig bewährte kommunale Strukturen zu nutzen, ist nach Ansicht des BVÖGD den in den Gesundheitsdienstgesetzen der

Länder beschriebenen Aufgaben und Zuständigkeiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Prävention und Gesundheitsförderung Rechnung zu tragen. Diese sind beim Abschluss von Rahmenvereinbarungen explizit zu berücksichtigen.

§ 25 Gesundheitsuntersuchungen
Der BVÖGD begrüßt die verstärkte Ausrichtung der Gesundheitsuntersuchungen auf die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen und damit auf die präventionsorientierte Beratung. Die explizite Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) ist richtig und ein wichtiger Ansatz zur Schließung von Impflücken im Erwachsenenalter.

§ 26 Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche
Die Ausweitung der Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche wird vom BVÖGD begrüßt. Dabei ist zu beobachten, in welchem Ausmaß von welchen sozialen Schichten die Untersuchungen in Anspruch genommen werden. Die vorgesehene Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf
- abgestimmt präventionsorientierte Beratung ist ein wichtiger Schritt zur Schließung von Impflücken.

3. Änderung des Infektionsschutzgesetzes
Der Regierungsentwurf sieht vor, dass die Personensorgeberechtigten zukünftig bei einer Erstaufnahme eines Kindes in eine Kindertageseinrichtung den Nachweis einer ärztlichen Beratung in Bezug auf den Impfschutz des Kindes erbringen müssen. Der BVÖGD begrüßt die damit bestehende Möglichkeit, Eltern über die Notwendigkeit der von der STIKO empfohlenen Impfungen zu informieren und die Grundimmunisierungsraten und damit den individuellen wie auch den kollektiven Schutz im frühen Kindesalter zu stärken.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(34)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.
15_Prävention
21.04.2015

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)

Stellungnahme zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG), Bundestags-Drucksache 18/4282,

zum

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

und zum

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Gesundheit für alle ermöglichen - Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz Bundestags-Drucksache 18/4327

Berlin, 20. April 2015

bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Bundesgeschäftsstelle, Friedrichstr. 148, 10117 Berlin
Tel. 030 – 30 87 88 60, Fax 030 – 30 87 88 89
bund@bpa.de – www.bpa.de

Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Vorbemerkung 3

Zusammenfassung 3

Primäre Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V) 6

Prävention in Lebenswelten (§ 20 a SGB V) 8

Nationale Präventionsstrategie und Präventionskonferenz (§§ 20 d, e SGB V) 10

Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) 12

Präventionsempfehlungen im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V) 13

Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung (§ 45 SGB VIII) 15

Prävention in Pflegeeinrichtungen (§ 5 SGB XI) 17

Präventionsempfehlung (§§ 18, 18 a SGB XI) 21

Pflegekurse (§ 45 SGB XI) 22

Expertenstandards zur Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege (§ 113 a SGB XI) 24

II. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. 25

III. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 26

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 8.500 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 260.000 Arbeitsplätze und ca. 20.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 4.250 Pflegediensten, die ca. 195.000 Patienten betreuen, und 4.250 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 280.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Der bpa **begrüßt grundsätzlich das Vorhaben der Bundesregierung**, die Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger zu stärken.

Gesundheitsförderung und Prävention sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Deswegen muss deren Finanzierung auf eine möglichst breite Basis gestellt werden. Es darf daher kein Tabu sein, auch **Steuermittel in die Finanzierung der Prävention einzubeziehen**. Die vorrangige Eigenverantwortung eines jeden Bürgers in diesem Bereich muss durch gezielte Maßnahmen der Kommunen, der Länder, des Bundes und der Sozialversicherungsträger, aber auch der Sachleistungserbringer, in vielfältiger Weise unterstützt werden. Die Effizienz von Präventionsmaßnahmen sowie deren Nachhaltigkeit ist abhängig von der Nähe zur Lebenswelt und den dort zu erzielenden Veränderungen der Lebensstile und Lebensbedingungen. Hierbei gilt es, gezielt die von einer Gesundheitsbeeinträchtigung besonders bedrohten Bevölkerungsgruppen zu unterstützen. Hier sind insbesondere chronisch Kranke und pflegebedürftige Menschen sowie Kinder und einkommensschwache Personen zu berücksichtigen.

Bereits heute ist in Alten- und Pflegeheimen sowie in der Versorgung durch ambulante Pflegedienste eine Entwicklung spürbar, die sich in den nächsten Jahren noch verstärken wird: **Der Grad der Pflegebedürftigkeit steigt** und der Anteil der Pflegebedürftigen und an Demenz erkrankten Patienten nimmt insgesamt zu; die Ursachen hierfür sind häufig Multimorbidität und chronische Erkrankungen. Ein Ausbau der Prävention ist deshalb notwendig, um einerseits die gesundheitliche und pflegerische Situation von alten, kranken und pflegebedürftigen Menschen zu verbessern und andererseits – neben den Maßnahmen der Unfallversicherung – eine

effektive Gesundheitsförderung für die Beschäftigten in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sicherzustellen.

Leider versäumt es der Gesetzentwurf an mehreren Stellen, die **Prävention in den Lebenswelten der pflegerischen Versorgung und der Pflegebedürftigen konsequent zu stärken**, sondern stellt vorrangig auf die verhaltensbezogene Prävention ab. Unbestritten ist dies ein wichtiger Ansatz, aber nur in Verbindung mit einer ebenso gleichrangigen Förderung der Prävention in den Lebenswelten kann das Ziel einer langen Gesunderhaltung der Bürgerinnen und Bürger und damit einhergehend ein möglichst später Eintritt in die Pflegebedürftigkeit erreicht werden.

Der bpa bedauert, dass der Gesetzentwurf nicht einen stärkeren Fokus auf Maßnahmen zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit bzw. einer Verhinderung der Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit legt. Es bleibt im Wesentlichen beim auch bisher schon im Gesetz befindlichen Auftrag an die Pflegekassen, bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hinzuwirken, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (bisher § 5 Abs. 1 SGB XI, neu § 5 Abs. 4 SGB XI). Als mögliche präventive Maßnahmen zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit kommen die gezielte Anleitung, die Motivation zur Eigeninitiative und zur Verhaltensänderung in der Lebenswelt in Frage. Diese Maßnahmen sollten von den Krankenkassen finanziert und von den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden können.

Kritisch sieht der bpa die Verpflichtung der Pflegekassen zur Erbringung von primärpräventiven Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen. Bereits heute ist es Aufgabe der Krankenkassen, Leistungen der Prävention zu erbringen. Leider ist nicht zu erkennen, dass den Krankenkassen aktiv daran gelegen ist, präventive und rehabilitative Maßnahmen zu ergreifen, die den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit vermeiden. Vielmehr muss der Gesetzgeber dafür sorgen, dass die Krankenkassen ihren Auftrag ernst nehmen, anstatt diese Aufgabe auf die Pflegeversicherung abzuwälzen. Damit besteht die Gefahr eines weiteren Verschiebebahnhofs zu Lasten der Pflegeversicherung in der Art, dass die gesetzliche Krankenversicherung immer mehr Leistungen der Prävention an die Pflegeversicherung überträgt. Leidtragende wären dann die Pflegebedürftigen, die höhere Eigenanteile aufbringen müssten, und der Sozialhilfeträger. Schon jetzt gibt es eine Ungleichbehandlung bei der stationären Behandlungspflege. Dies darf keine Fortsetzung finden.

Die Zuständigkeit der Krankenkasse für Leistungen der Prävention muss sowohl für ambulant als auch für stationäre versorgte Pflegebedürftige gelten. Der bpa lehnt sowohl eine unterschiedliche Finanzierung als auch eine Zuordnung zur Pflegeversicherung entschieden ab.

Denn eine Finanzierungszuständigkeit der Pflegekassen – und damit eines Teilleistungssystems – bedeutet, dass letztendlich die Kosten privatisiert oder der Sozialhilfe aufgebürdet werden.

Begrüßt wird ausdrücklich die Stärkung der Pflegekurse nach § 45 SGB XI, da diese die pflegenden Angehörigen in ihren Kompetenzen schulen, zur Entlastung beitragen und den Verbleib in der Häuslichkeit maßgeblich unterstützen. Zur weiteren Stärkung der Pflegekurse unterbreitet der bpa einen konkreten Vorschlag.

Im Einzelnen:

§ 20 SGB V: Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Artikel 1, Nr. 4, Gesetzesbefehl S. 9f., Begründung S. 32 ff

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, in ihren Satzungen Leistungen zur primären Prävention sowie zur Gesundheitsförderung vorzusehen. Weiterhin wird die Aufgabe des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen zur Konkretisierung des Präventionsauftrags erweitert. Im Rahmen der Festlegung einheitlicher Handlungsfelder und Kriterien soll der GKV-Spitzenverband u.a. auch pflegerischen Sachverstand einbeziehen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt es, dass die Krankenkassen (nach Absatz 1) nun verpflichtet werden, Leistungen der Prävention zu erbringen. Das Potenzial, das die Prävention bietet, wurde bisher von den meisten Krankenkassen nicht hinreichend genutzt. Insofern setzt der Gesetzgeber hier an der richtigen Stelle an, um die Prävention zu stärken.

Der bpa begrüßt weiter, dass (in Absatz 2) ein weites Spektrum an Akteuren in die Festlegung der einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen einbezogen werden soll. Damit wird der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Prävention Rechnung getragen. An dieser Stelle möchte der bpa zu bedenken geben, dass unter die Begrifflichkeit des pflegerischen Sachverstandes nicht nur die Pflegewissenschaft zu fassen ist. Auch die maßgeblichen Verbände der Pflegeeinrichtungen als Vertreter der Lebenswelt Pflege gilt es hierbei einzubeziehen, um eine reibungslose Umsetzung in der Praxis sicherzustellen.

Richtig ist es, dass (in Absatz 3) Diabetes als ein Schwerpunkt genannt wird, den der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei seinen Handlungsfeldern und Kriterien zu berücksichtigen hat. Diabetes ist eine der am weitesten verbreiteten Krankheiten. Diabetes kann aber gut behandelt werden, wenn Patienten rechtzeitig gut informiert sind und sie richtig eingestellt sind. Folgeschäden können so vermieden werden. In besonderer Weise sollte der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ältere Diabetes-Patienten bei seinen Handlungsfeldern im Blick haben. Sie sind auf vielfältige Art besonders verletzlich, ihre oft geschwächte Immunabwehr begünstigt Infektionen. Die Wundheilung ist verringert und birgt die Gefahr von Amputationen. Die Selbstversorgungskompetenz der Patienten ist

oftmals eingeschränkt und der Pflegeaufwand steigt. Zudem stellen Stoffwechselentgleisungen eine akute Bedrohung für die Patienten dar. Daraus ergibt sich entsprechender präventiver Handlungsbedarf, der durch kompetente, diabetologisch geschulte Pflegefachkräfte abgedeckt werden kann. Die Diabetespflege erfolgt idealerweise im interprofessionellen Netzwerk v. a. zusammen mit Hausärzten, Diabetologen, Podologen und Wundmanagern. Hohe Problemsensitivität und solide Diabeteskompetenz ermöglichen frühzeitiges Reagieren und tragen zur Sicherheit bei Pflegenden und Betroffenen bei. Die Lebensqualität der älteren Diabetes-Patienten steigt. Dazu wird vom bpa zusammen mit Kooperationspartnern seit 14 Jahren die Qualifikation zur Diabetes-Pflegefachkraft angeboten. Die Kompetenz und die Erfahrungen der Diabetespflege sollten vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsprechend beim Handlungsfeld Diabetes berücksichtigt werden.

C) Änderungsvorschlag

In der Begründung sollte klargestellt werden, dass als Vertreter des pflegerischen Sachverstands auch die maßgeblichen Verbände der Pflegeeinrichtungen einzubeziehen sind.

§ 20 a SGB V: Prävention in Lebenswelten

Artikel 1, Nr. 5, Gesetzesbefehl S. 10 f., Begründung S. 35 f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Hier erfolgt die Definition der Lebenswelten. Als solche werden u.a. für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme des Wohnens und der pflegerischen Versorgung genannt, für die die Krankenkassen die gesundheitliche Situation der Versicherten erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation entwickeln sollen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt es grundsätzlich, dass der Gesetzentwurf bei der Prävention in Lebenswelten auch ausdrücklich die pflegerischere Versorgung mit einbezieht. Allerdings lehnt der bpa die in § 5 Abs. 1 Satz 1 SGB XI vorgesehene Verpflichtung der Pflegekassen, Leistungen der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen, ab. Der bpa fordert stattdessen, dass sowohl bei häuslicher als auch bei stationärer Pflege die Krankenkasse für die Leistungen der Prävention verantwortlich ist. Es wird dazu auf die Ausführungen zu § 5 Abs. 1 Satz 1 SGB XI verwiesen.

Zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sollte ein **konkreter Rechtsanspruch auf präventive Hausbesuche** verankert werden. In der Gesetzesbegründung (Seite 23) wird darauf verwiesen, dass es die Aufgabe der Krankenkassen bleibt, ambulante Pflegeeinrichtungen in die Erbringung gesundheitsfördernder Angebote einzubeziehen. Die Etablierung von präventiven Hausbesuchen wäre eine sachgerechte Konkretisierung dieser Aufgabe.

Präventive Hausbesuche sollten von besonders qualifizierten Pflegefachkräften bei potentiell Pflegebedürftigen durchgeführt werden. Im Ergebnis dieser Hausbesuche können Maßnahmen zur frühzeitigen Vermeidung von Pflegebedürftigkeit empfohlen werden. Hierbei ist die Einbeziehung der häuslichen Lebenswelten und der ambulanten Pflegedienste als Leistungserbringer von besonderer Bedeutung.

Zur weiteren Begründung wird ebenfalls auf die Ausführungen zu § 5 SGB XI verwiesen (s. Seite 17).

C) Änderungsvorschlag

In der Begründung wird der Verweis auf § 5 Absatz 1 Satz 1 SGB XI gestrichen.

Zudem wird § 20 a Abs. 1 SGB V wie folgt gefasst:

(1) Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind 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. Die Krankenkassen fördern unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. **Versicherte haben zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit Anspruch auf einen präventiven Hausbesuch durch Pflegeeinrichtungen gem. § 71 Elftes Buch Sozialgesetzbuch.** Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonderes erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen.

§ 20 d SGB V: Nationale Präventionsstrategie
§ 20 e SGB V: Nationale Präventionskonferenz

Artikel 1, Nr. 8, Gesetzesbefehl S. 11 f., Begründung S. 36 f.
Artikel 1, Nr. 8, Gesetzesbefehl S. 12 f. Begründung S. 37 f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, gemeinsam mit den anderen Sozialversicherungsträgern eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln. Im Rahmen dieser sollen bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen u.a. zur Qualitätsentwicklung und -sicherung von Gesundheitsförderung und Prävention, zur Zusammenarbeit der zuständigen Akteure und zu gemeinsamen Zielen entwickelt und vereinbart werden.

Mit der Nationalen Präventionskonferenz soll die Nationale Präventionsstrategie institutionell abgesichert werden. Mitglieder sind die gesetzlichen Spitzenorganisationen der Kranken- und Pflegekassen, der Rentenversicherung und der Unfallversicherung. Ebenfalls beteiligt sind Bund und Länder, die kommunalen Spitzenverbände und die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Die private Pflegeversicherung wirkt nur mit, sofern sie sich finanziell angemessen an der Präventionsstrategie beteiligt.

B) Stellungnahme

Der Ansatz des Gesetzgebers, eine Nationale Präventionsstrategie im „Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention“ von den Sozialversicherungsträgern entwickeln zu lassen, ist zunächst positiv zu bewerten. Ebenfalls zu begrüßen ist die Bildung einer Nationalen Präventionskonferenz als Plattform zur Beratung der Präventionsstrategie. Doch diese kann nur dann sinnvoll agieren und umfassende Vorschläge erarbeiten, wenn ein möglichst weitreichender Kreis an Akteuren an der Nationalen Präventionskonferenz beteiligt ist. Nach Auffassung des bpa sind die Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger, so auch die der pflegerischen Versorgung und der Pflegebedürftigen, in der jetzigen gesetzlichen Ausgestaltung nicht ausreichend vertreten. Dem Anspruch, Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu betrachten, wird damit nicht genügend Rechnung getragen. Die Pflegekassen vertreten weniger die Interessen der Pflegebedürftigen, sondern vielmehr die wirtschaftlichen Belange. Um die Prävention in der Lebenswelt der pflegerischen Versorgung zu stärken, bedarf es daher nach Ansicht des bpa auch der Einbindung der maßgeblichen Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene. Mindestens ein Recht zur Anhörung oder zur Stellungnahme im Rahmen der Erarbeitung der Präventionsstrategie sollte den Ver-

bänden eingeräumt werden, so wie es die Begründung bereits jetzt für die Einbeziehung der Patienten und Menschen mit Behinderung vorsieht.

Außerdem sollten in der Präventionsstrategie die besonderen Belange der Kinder und Jugendlichen, der Behinderten sowie der Pflegebedürftigen berücksichtigt werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 20 d Abs. 3 SGB V wird wie folgt geändert:

(3) Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und in Betrieben zuständigen Träger und Stellen vereinbaren die Träger nach Absatz 1 bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen, insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen sowie zu Dokumentations- und Berichtspflichten erstmals zum 31. Dezember 2015. Bei der Festlegung gemeinsamer Ziele werden auch die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie die von der Ständigen Impfkommission gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfohlenen Schutzimpfungen berücksichtigt. **Den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen, Behinderten sowie Pflegebedürftigen ist Rechnung zu tragen.** Die Rahmenempfehlungen werden im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium des Innern und den Ländern vereinbart. An der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen werden die Bundesagentur für Arbeit und die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden beteiligt. **Den maßgeblichen Verbänden der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.**

§ 23 SGB V: Medizinische Vorsorgeleistungen

Artikel 1, Nr. 11, Gesetzesbefehl S. 14, Begründung S. 39 f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Änderung sollen Versicherte mit besonderen beruflichen und familiären Belastungssituationen die Möglichkeit erhalten, ambulante Vorsorgeleistungen in wohnortfernen Kurorten wahrzunehmen, ohne dass zuvor Leistungen am Wohnort erbracht worden sind. Der Zuschuss der gesetzlichen Krankenkassen wird erhöht.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt das Vorhaben. Insbesondere für pflegende Angehörige, die in der Gesetzesbegründung auch explizit genannt werden, ist dies eine sinnvolle Maßnahme, da sie den praktischen Anforderungen gerecht wird. Aufgrund des pflegerischen Alltags, der oft nicht planbar ist, ist es pflegenden Angehörigen kaum möglich, regelmäßige (auf einen bestimmten Wochentag festgelegte) Angebote zur medizinischen Vorsorge wahrzunehmen. Eine mehrwöchige Kur am Stück ist hingegen planbarer. Zudem kann für diese Zeit eine Verhinderungspflege organisiert werden. Gleichzeitig kann der gesundheitliche Effekt nachhaltiger sein, wenn man auch am Kurort die Möglichkeit hat, Vorsorgeleistungen in Anspruch zu nehmen.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

§ 25 SGB V: Präventionsempfehlung im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen

Artikel 1, Nr. 14, Gesetzesbefehl S. 14f., Begründung S. 40f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sollen künftig einen Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen haben, die neben der Früherkennung bevölkerungsmedizinisch bedeutsamer Krankheiten und der Überprüfung des Impfstatus auch primärpräventive Maßnahmen enthalten soll. Im Rahmen der Untersuchung soll – sofern medizinisch angezeigt – auch eine Präventionsempfehlung ausgestellt werden, die von den Krankenkassen bei ihrer Entscheidung über Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention zu berücksichtigen ist. Die nähere Ausgestaltung der Präventionsempfehlung obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss.

B) Stellungnahme

Zunächst befürwortet der bpa die Erweiterung des Kreises der Anspruchsberechtigten und des Leistungsumfangs der Gesundheitsuntersuchungen. Bei konsequenter Inanspruchnahme können die Gesundheitsuntersuchungen einen wertvollen Beitrag leisten, Krankheiten frühzeitig zu erkennen und auch Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern. Kritisch sieht der bpa allerdings die Beschränkung auf Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention. Bei hochbetagten und/oder chronisch kranken Menschen, die kurz vor dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit stehen oder bereits einen Antrag auf Pflegebedürftigkeit gestellt haben, sind solche Empfehlungen, die sich auf die Bereiche Bewegung, Ernährung oder Suchtmittelkonsum beziehen, zwar hilfreich, aber gleichzeitig ist es auch notwendig, für diese Personengruppe auch vorpflegerische Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20 Abs. 4 Nr. 2 SGB V neu) in die Präventionsempfehlung einfließen zu lassen.

In diesem Zusammenhang wäre auch zu prüfen, inwieweit für den Kreis der Pflegebedürftigen neben Ärzten auch andere Leistungserbringer für die Erteilung einer Präventionsempfehlung in Frage kämen. Pflegefachkräfte stehen grundsätzlich in einem viel engeren, häufig täglichen Kontakt zu den pflegebedürftigen Menschen. Alternativ wäre zu prüfen, ob die Pflegefachkräfte eine entspreche Bewertung erteilen könnte, die der Arzt in seine Empfehlung einfließen lassen sollte. Dies würde die Kompetenz und die Erfahrungen der Pflegekräfte anerkennen und wäre ein Beitrag zu der von der Bundesregierung angestrebten stärkeren Anerkennung der Pflegeberufe.

C) Änderungsvorschlag

§ 25 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch **und pflegerisch angezeigt**, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 **und für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20 a.**

§ 45 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB VIII: Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung

Artikel 5, Gesetzesbefehl S. 18, Begründung S. 46

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 45 SGB Abs. 2 VIII regelt, wann in der Regel eine Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung zu erteilen ist. Die im Gesetz enthalten Beispiele, wann eine Erlaubnis zu erteilen ist, wird erweitert um den Aspekt der gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen.

B) Stellungnahme

Der bpa setzt in dafür ein, dass der Nachweis eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes nicht einseitig betriebserlaubnisrelevant gemacht werden darf, ohne an geeigneter Stelle im Dritten Abschnitt des SGB VIII (Vereinbarungen über Leistungsangebote, Entgelte und Qualitätsentwicklung) auf die Finanzierungspflicht durch die Jugendämter zu verweisen.

Aufgrund der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe, namentlich der Hilfen zur Erziehung, hält der bpa die vorgesehene Änderung insbesondere deshalb nicht für notwendig, weil die gesundheitliche Vorsorge gerade in stationären Einrichtungen bis zum heutigen Tag eine zentrale Aufgabe aller Einrichtungsträger ist. Probleme haben die Einrichtungsträger durchgängig bei der Finanzierung derjenigen Gesundheitskosten, die die Krankenkassen nicht mehr finanzieren und die Jugendämter nicht übernehmen. Das fängt an bei den Zuzahlungen für Medikamente und Verbandsmaterialien und endet bei der Weigerung, notwendige Therapien zu finanzieren, die von den Krankenkassen nach Art oder Umfang nicht mehr bezahlt werden. Daran wird der Gesetzentwurf nichts ändern. Deswegen ist es nicht sinnvoll, durch die vorgesehene Änderung von § 45 SGB VIII eine ordnungsrechtliche Änderung vorzunehmen, die an der Praxis nichts ändern wird.

Wenn eine Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung an gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen gekoppelt wird, dann müssen den Einrichtungen dafür auch die notwendigen Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden. Außerdem müssen bei Gesundheitsleistungen, die mit Präventionsleistungen korrespondieren, die aufgezeigten Restriktionen gestoppt werden.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Änderung in § 45 SGB VIII sollte gestrichen werden. Stattdessen sollte ein Rechtsanspruch gegen die Kostenträger (Kranken-

kassen und Jugendämter) verankert werden, der sicherstellt, dass die notwenigen präventiven Maßnahmen zur gesundheitlichen Vorsorge von Kindern und Jugendlichen vollständig erbracht werden können.

§ 5 SGB XI: Prävention in Pflegeeinrichtungen

Artikel 6, Nr. 1, Gesetzesbefehl S. 18 f., Begründung S. 46 f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen sollen künftig Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll den Präventionsauftrag der Pflegekassen konkretisieren. Für das Jahr 2016 sollen die Pflegekassen für die Präventionsleistungen 0,30 Euro je Versicherten aufwenden, der Wert ist in den Folgejahren entsprechend der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr) zu erhöhen.

B) Stellungnahme

Der bpa befürwortet die Einbeziehung von pflegebedürftigen Menschen und deren Lebenswelten in den Bezug von Präventionsleistungen. Die hier vorgenommene Erweiterung des Leistungsspektrums der Pflegeversicherung korrespondiert mit dem geplanten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ermöglicht konkrete Maßnahmen zur Vorbeugung von Erkrankungen oder der Verhütung von fortschreitender Pflegebedürftigkeit. Die Begrenzung der Leistungen auf voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen ist allerdings in keiner Weise sachgerecht. Die Finanzierungszuständigkeit der Pflegekassen – und damit eines Teilleistungssystems, welches letztendlich die Kosten privatisiert oder der Sozialhilfe aufbürdet – lehnt der bpa entschieden ab. Der bpa fordert stattdessen für ambulant und stationär versorgte Pflegebedürftige einen Rechtsanspruch auf Präventionsleistungen gegenüber ihrer Krankenkasse.

Aus Sicht des bpa ist die im Gesetzentwurf vollzogene Trennung zwischen ambulant und stationär versorgten Pflegebedürftigen bei den Präventionsleistungen nicht nachvollziehbar:

- Die Krankenkasse soll die Präventionsleistungen übernehmen, wenn die Versicherten ambulante Pflegeleistungen erhalten.
- Die Pflegekasse soll die Präventionsleistungen übernehmen, wenn die Versicherten stationäre Pflegeleistungen erhalten

Zuständigkeit der Krankenversicherung

Begründet wird dieses allein mit der speziellen Lebenswelt der stationären pflegerischen Versorgung. Zu trennen ist hier aber die Lebenswelt von der Finanzierung der Präventionsleistungen. Der bpa begrüßt ausdrücklich,

dass Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen Präventionsleistungen erhalten sollen. Sie erhalten diese aber als Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung. Genau darauf bezieht sich § 20 Abs. 4 Nr. 2 SGB V. Dort heißt es: „Leistungen … werden erbracht als … Leistungen zur Gesundheitsförderung und **Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte** nach § 20 a …".

Den Anspruch auf Leistungen der Prävention hat der Versicherte also als Versicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Leistungen der Prävention sind eine Aufgabe der Kranken- und nicht der Pflegeversicherung. Bereits heute obliegt es den Krankenkassen, für ihre Versicherten Leistungen der Prävention zu erbringen (s. § 20 SGB V zur primären Prävention, § 20 d SGB V Schutzimpfungen, § 23 SGB V medizinische Vorsorgeleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit).

Es steht zu befürchten, dass durch die geplante Verschiebung der Präventionsleistungen in die Pflegeversicherung die Krankenkasse – ohne ausreichende sachliche Begründung – finanziell entlastet werden soll. Auch wenn der zunächst vorgesehene Beitrag der Pflegekassen von 0,30 Euro pro Versicherten bzw. 21 Millionen Euro insgesamt angesichts der Gesamtausgaben von 25,45 Milliarden Euro gering erscheinen mag, so hat dieser systemwidrige Eingriff dennoch zukünftig nicht unerhebliche Auswirkungen auf die Versicherten und andere soziale Sicherungssysteme. Der bpa befürchtet hier, dass zukünftig der Beitrag, den die Pflegekassen für die Prävention zu leisten haben, steigt. Gerade angesichts der von der Bundesregierung geplanten Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird jeder Euro für die Pflegeversicherung benötigt. Nur wenn es gelingt, mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Pflegebedürftigen noch einmal spürbar besser zu stellen, wird das 2. Pflegestärkungsgesetz und die Soziale Pflegeversicherung insgesamt akzeptiert werden. Finanzielle Belastungen der Pflegekassen, wie durch das Präventionsgesetz vorgesehen, erschweren dieses.

Deswegen teilt der bpa auch nicht die Kritik des Bundesrates, der sich dafür einsetzt, dass die Pflegekassen auch die Leistungen der Prävention für ambulant versorgte Pflegebedürftige übernehmen sollen. Es ist zwar richtig, zu gewährleisten, dass ambulant und stationär versorgte Pflegebedürftige gleichermaßen Präventionsleistungen erhalten, allerdings sind die Kosten hierfür von der Krankenkasse und nicht von der Pflegekasse zu tragen.

Systemwidrige Zuordnung wie bei der Behandlungspflege

Der bpa sieht in der geplanten Zuständigkeit der Pflegekassen für die Prävention in der stationären Pflege eine **weitere systemwidrige Benachteiligung von Versicherten**, die es auch bei der Zuordnung der **Behandlungspflege** gibt: Offensichtlich herrscht eine gewisse Gewöhnung

an eine systematische Ungleichbehandlung zu Lasten der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime. Während die Krankenkassen selbstverständlich die Kosten der medizinischen Behandlungspflege für alle Versicherten außer für die Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegeheime übernehmen, wird diesen zugemutet, die Kosten neben den Beiträgen zur Krankenversicherung und den Heimentgelten dauerhaft aus eigener Tasche zu zahlen.

Die Leistungen der Pflegeversicherung decken seit vielen Jahren schon die Kosten der Pflege im Pflegeheim nicht mehr, erst recht nicht die Kosten für die medizinische Behandlungspflege. Mit Einführung der Pflegeversicherung war die Zuordnung dieser Kosten zur Pflegeversicherung nur übergangsweise vorgesehen und sollte dann abgelöst werden durch die systemgerechte Zuweisung zur Krankenversicherung. Die Folgen dieser Übergangslösung gelten zum finanziellen Schaden der Bewohnerinnen und Bewohner bis heute fort, da sie mehrfach vom Gesetzgeber verlängert wurden und letztlich in einer benachteiligenden Dauerregelung mündeten.

Bereits 2005 wurden die durchschnittlichen Kosten auf monatlich etwa 177 Euro geschätzt und machen somit eine erhebliche systemwidrige Mehrbelastung nicht nur der Bewohnerinnen und Bewohner, sondern auch der Sozialhilfeträger aus. Mittlerweile zeigt sich diese Mehrbelastung der Bewohnerinnen und Bewohner in der deutlich steigenden Abhängigkeit von Leistungen der Sozialhilfe; so ist mittlerweile etwa ein Drittel wieder angewiesen auf die Sozialhilfe.

Diese systematische Ungleichbehandlung muss aufhören und darf nicht noch durch das Präventionsgesetz ausgeweitet werden. Wie bei allen anderen Versicherten auch muss die Krankenversicherung die Kosten Prävention ebenso wie die der medizinischen Behandlungspflege tragen.

Für die Behandlungspflege wäre sowohl eine pauschale Regelung als auch eine aufwandsgerechte Lösung denkbar, wonach wie in der häuslichen Versorgung die tatsächlichen Einzelleistungen abgerechnet würden und damit – was ein positiver Nebeneffekt wäre – die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeheime wirksam vor einer Überforderungssituation geschützt würden, welche momentan mit der deutlichen Zunahme des Anteils der Behandlungspflegeleistungen z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt einhergeht.

Es geht nicht um eine zusätzliche Belastung der Krankenversicherung, sondern schlicht um die Beendigung einer nicht systemkonformen finanziellen Entlastung.

Praktische Umsetzung

Der Gesetzentwurf lässt die praktische Umsetzung der vorgeschlagenen Regelung zur Finanzierung der Präventionsleistungen völlig außen vor. Zwar ist festgelegt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Kriterien für die Präventionsleistungen bestimmen soll, es ist aber nicht geregelt, wie und von wem die Leistungen erbracht und abgerechnet werden sollen. Wenn auch die stationären Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer für die Präventionsleistungen vorgesehen sind, wäre zu klären, ob die Pflegeeinrichtungen direkt mit der Pflegekasse abrechnen können (wie es bei den zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 87 b SGB XI möglich ist, wenn eine entsprechende Vereinbarung geschlossen wurde), oder ob womöglich die Leistungen über den Pflegesatz zu finanzieren sind. Im letzteren Fall würde es bedeuten, dass aufgrund der Präventionsleistungen die Zuzahlungen der Heimbewohner oder ihrer Angehörigen steigen würden bzw. das Sozialamt mehr Kosten übernehmen müsste. Dieses lehnt der bpa entschieden ab.

Der bpa begrüßt, dass die Leistungen einheitlich kassenübergreifend erbracht werden sollen. Es bedarf aber dringend der **Konkretisierung der Leistungen und der Festlegung, dass diese mit den Einrichtungen zu vereinbaren sind.** Das gilt in gleicher Weise für Präventionsleistungen für stationär wie auch für ambulant versorgte Pflegebedürftige.

Prävention in der eigenen Häuslichkeit

Künftige Pflegebedürftige leben derzeit in ihrer eigenen Häuslichkeit. Bei fast 75 % der Pflegebedürftigen sind die eigene Häuslichkeit oder neue Wohnformen die jeweilige Lebenswelt. Deswegen muss Prävention auch in der eigenen Häuslichkeit der Versicherten ansetzen. Dort kann Pflegebedürftigkeit besonders zielgerichtet vermieden werden. Hierzu müssen entsprechende Präventionsleistungen, beispielsweise in Form präventiver Hausbesuche, verankert werden. Auf diese Weise kann auch den besonderen Belangen der ambulanten Versorgung bei der Prävention Rechnung getragen werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung von § 5 SGB XI in Artikel 6 Nr. 1 des Gesetzentwurfs wird gestrichen.

§§ 18 und 18 a SGB XI: Präventionsempfehlung

Artikel 6, Nr. 2 und 3, Gesetzesbefehl S. 19, Begründung S. 47

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen zum Vorliegen von Pflegebedürftigkeit muss künftig eine Beratungsempfehlung hinsichtlich des Bedarfes an Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention enthalten sein. Die Rehabilitationsempfehlung wird somit um eine Präventionsempfehlung ergänzt.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung der Rehabilitationsempfehlung um eine Präventionsempfehlung ist nach Ansicht des bpa eine sachgerechte Maßnahme, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder möglichst lange hinauszuzögern. Aber wie bereits in den Ausführungen zur Präventionsempfehlung im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V neu) beschrieben, ist es aus Sicht des bpa nicht zielführend, das Präventionsspektrum lediglich auf individuelle Verhaltenskurse nach § 20 Abs. 5 SGB V zu begrenzen. Die Empfehlung muss konsequenterweise auch Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20 Abs. 4, Nr. 2 SGB V) enthalten. Nur dann ist eine umfassende Analyse und Dokumentation der tatsächlich notwendigen Prävention möglich. Auf dieser Grundlage kann dann eine entsprechende Beratung erfolgen und es können Maßnahmen zur frühzeitigen Vermeidung von Pflegebedürftigkeit empfohlen werden. Die Beratungsleistungen sind insbesondere dort am effektivsten, wo der präventive Hausbesuch durch besonders qualifizierte Pflegefachkräfte von potentiell Pflegebedürftigen ansetzt. Hierbei ist die Einbeziehung der häuslichen Lebenswelten und der ambulanten Pflegedienste als Leistungserbringer von besonderer Bedeutung.

C) Änderungsvorschlag

§ 18 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Jede Feststellung hat zudem eine Aussage darüber zu treffen, ob Beratungsbedarf insbesondere in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt, hinsichtlich Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 **und für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20 a** des Fünften Buches besteht."

§ 45 SGB XI: Pflegekurse für Angehörige

Artikel 6, Nr. 4, Gesetzesbefehl S. 19, Begründung S. 47

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekurse für pflegende Angehörige, welche die Pflegekassen anbieten, werden in ihrer inhaltlichen Ausrichtung erweitert. Neben der Minderung bestehender pflegebedingter körperlicher und seelischer Belastungen sollen sie künftig auch das Ziel verfolgen, bereits der Entstehung dieser Belastungen von vornherein vorzubeugen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung ausdrücklich. Der Gesetzgeber anerkennt mit der inhaltlichen Stärkung der Pflegekurse diese ausdrücklich als wichtiges Instrument zur Stärkung der Kompetenzen der pflegenden Angehörige. Im Zuge der Leistungen werden Angehörige geschult und entlastet. Damit wird der Verbleib in der Häuslichkeit nachdrücklich unterstützt. Der bpa hat nach § 45 SGB XI Verträge zur Pflegeberatung mit diversen Pflegekassen geschlossen. Auf dieser Grundlage werden nach einem mit den Pflegekassen abgestimmten Curriculum examinierte Pflegekräfte als Pflegeberater geschult, die anschließend individuelle Schulungen, Pflegekurse und Überleitungspflege aus dem Krankenhaus heraus erbringen. Rund 3.000 Pflegeberater wurden so qualifiziert und sind täglich in der Häuslichkeit und in Krankenhäusern beratend tätig. Dieses Potential sollte weiter genutzt werden. Das grundsätzliche Problem der Pflegekurse ist jedoch, dass diese vielen pflegenden Angehörigen gar nicht bekannt sind. Da eine verbesserte Inanspruchnahme wünschenswert wäre, setzen wir uns für eine weitere Stärkung der Leistungen nach § 45 SGB XI ein. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang eine Verknüpfung mit den Pflegesachleistungen durch ambulante Pflegedienste (§ 36 SGB XI), den Kombinationsleistungen (Pflegesachleistungen in Kombination mit Pflegegeld; § 38 SGBXI) und dem Beratungsbesuch für Pflegegeldbezieher (§ 37 Abs. 3 SGB XI).

C) Änderungsvorschläge

§ 36 Absatz 5 (neu) SGB XI
Pflegebedürftige, die häusliche Pflege erhalten, und deren Angehörigen sind im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe nach Absatz 1 auf ihren Anspruch auf Pflegekurse nach § 45 hinzuweisen.

§ 38 Satz 6 (neu) SGB XI
Pflegebedürftige, die Kombinationsleistungen nach Satz 1 in Anspruch nehmen, sind auf ihren Anspruch auf Pflegekurse nach § 45 hinzuweisen.

§ 37 Abs. 3 SGB XI
In § 37 SGB XI sollte ein neuer Absatz 3 a eingefügt werden. In diesem Absatz sollte festgelegt werden, dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, im Zuge der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI Anspruch auf Leistungen analog von § 45 SGB XI haben. Dabei müssen die Leistungen selbstverständlich nicht zusammen erbracht werden. Wichtig ist, dass im Zuge der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI die Leistungen nach § 45 SGB XI angesprochen und ausdrücklich angeboten werden.

Die Vergütung für die Pflegepflichteinsätze in § 37 Abs. 3 SGB XI muss außerdem angepasst werden. Derzeit sind im Gesetz für diese Einsätze eine Vergütung von 22 Euro (für Pflegebedürftige in den Pflegestufen I und II) bzw. 32 Euro (für Pflegebedürftige in der Pflegestufe III) vorgesehen. Diese Vergütung ist in keiner Weise auskömmlich und gefährdet die notwendige Beratung. Nach einem Gutachten von Prof. Görres ist für eine entsprechende Beratung ein Zeitumfang von einer Stunde anzusetzen. Dementsprechend sollte im Gesetz der Zeitumfang festgelegt werden. Dieser sollte für Pflegebedürftige der Stufen I und II mindestens eine Stunde, für Pflegebedürftige der Stufe III mindestens anderthalb Stunden betragen. Auf dieser Grundlage können Pflegekassen und die Verbände der Pflegedienste die Vergütung verhandeln (wie es auch für die Sachleistungen üblich ist).

§ 45 Abs. 1 SGB XI

(1) Die Pflegekassen sollen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen **sowie bei dessen Aufenthalt im Krankenhaus oder in der Rehabilitationseinrichtung auch dort** stattfinden.

§ 113 a SGB XI: Expertenstandards zur Sicherstellung Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

Artikel 6, Nr. 5, Gesetzesbefehl S. 19, Begründung S. 47

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift wird um Leistungen der Prävention ergänzt.

B) Stellungnahme

Die bisherigen Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege beinhalten bereits präventive (prophylaktische) Maßnahmen. Gleichwohl sind diese nicht den Regelungen des § 113 a SGB XI gleichgestellt und entsprechend im Bundesanzeiger veröffentlicht. Insofern anerkennt der bpa die mit der Regelung verfolgte Absicht des Gesetzgebers. Allerdings stellt sich die Frage, wie die Expertenstandards das Ziel, Leistungen der medizinischen Rehabilitation auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit einzusetzen, berücksichtigen sollen. Die Formulierung ist unkonkret und wirkt an dieser Stelle deplatziert. Auch aus der Begründung des Gesetzentwurfs geht nicht hervor, wie und in welchem Umfang und auf welcher rechtlichen Grundlage die Berücksichtigung erfolgen soll.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 6 sollte Nr. 5 gestrichen werden.

Stellungnahme zum

Antrag der Fraktion DIE LINKE. Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten

Bundestags-Drucksache 18/4322

Zur Vorbemerkung, Ziffer I:

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE hat die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten zum Ziel. Gesundheitsförderung, Prävention und soziale Ungleichheit seien eng miteinander verknüpft. Daher müssen Gesundheitsförderung und Prävention konsequent darauf ausgerichtet sein, sozial bedingte Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gute Entwicklungsmöglichkeiten und –voraussetzungen für alle zu schaffen.

Zu den Antragsforderungen, Ziffer II:

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE enthält einige Positionen, die der bpa für unterstützenswert erachtet. Auch der bpa ist der Ansicht, dass Gesundheitsförderung und (nichtmedizinische Primär-) Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind und als solche anerkannt und gestaltet werden müssen. Der bpa ist ebenfalls der Auffassung, dass der Fokus stärker auf lebensweltbezogenen Maßnahmen liegen muss. Dies kommt im Gesetzentwurf der Bundesregierung an einigen Stellen leider zu kurz. Zur Finanzierung der geforderten Maßnahmen verweist der Antrag auf Steuermittel.

bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Bundesgeschäftsstelle, Friedrichstr. 148, 10117 Berlin
Tel. 030 – 30 87 88 60, Fax 030 – 30 87 88 89
bund@bpa.de – www.bpa.de

Stellungnahme zum

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Gesundheit für alle ermöglichen - Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz

Bundestags-Drucksache 18/4327

Zur Vorbemerkung, Ziffer I:

Nach Ansicht der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN liegt das vorrangige Ziel eines Präventionsgesetzes in der Gesundheitsförderung. Damit könne man die Kompetenzen, das Selbstwertgefühl und die Selbstachtsamkeit der Menschen steigern und die aktive Teilhabe und Teilnahme an der Gestaltung der eigenen Umwelt ermöglichen. Nach Ansicht der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ist der Gesetzentwurf der Bundesregierung nicht umfassend genug, sondern beschränkt sich zu sehr auf den medizinischen Präventionsbegriff (Krankheiten, Verhinderung bzw. Früherkennung dieser, Behandlung).

Zu den Antragsforderungen, Ziffer II:

Der bpa teilt die Kritik der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN am unzureichenden gesamtgesellschaftlichen Ansatz des Gesetzentwurfs der Bundesregierung, obgleich die einzelnen Forderungen des Antrags selbst sehr vage bleiben und allgemein gehalten sind. Auch der bpa plädiert für eine stärkere Ausgestaltung der Maßnahmen in den Lebenswelten der Menschen. Insbesondere für das Setting der pflegebedürftigen Menschen wäre es wünschenswert, wenn der Gesetzentwurf der Bundesregierung konkretere Maßnahmen zur Stärkung der Lebenswelt enthielte. Wie beim Antrag der Fraktion DIE LINKE ist der bpa allerdings zurückhaltend, was eine Ausgabenerhöhung der Mittel angeht. Es darf nicht sein, dass die von der Pflegeversicherung aufzubringenden Mittel für Prävention zu Lasten des Leistungsumfangs der Pflegeversicherung gehen.

bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Bundesgeschäftsstelle, Friedrichstr. 148, 10117 Berlin
Tel. 030 – 30 87 88 60, Fax 030 – 30 87 88 89
bund@bpa.de – www.bpa.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

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

Viel zusätzlicher Aufwand mit wenig Aussicht auf große Wirkung

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

20. April 2015

Zusammenfassung

Das im Koalitionsvertrag vereinbarte Ziel, Prävention zu stärken und die Voraussetzungen für eine verbesserte Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Akteure im Bereich der Prävention zu schaffen, ist grundsätzlich zu unterstützen. Der vorliegende Gesetzentwurf, welcher sich in wesentlichen Elementen – insbesondere der Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention – wenig vom gescheiterten Anlauf der letzten Legislaturperiode unterscheidet, ist zum Erreichen dieses Ziels jedoch wenig geeignet. Insbesondere würde die geplante Regulierung freiwilliger betrieblicher Gesundheitsförderung die diesbezüglichen Aktivitäten der Unternehmen eher gefährden als fördern. Einige geplante Regulierungen aus dem Referentenentwurf wurden zwar bereits aufgegeben, die Verbesserungen reichen aber noch nicht aus.

Das Wirkungspotenzial des Präventionsgesetzes ist insgesamt begrenzt. Kein Gesetz kann den Einzelnen ihre Verantwortung für ihre eigene Gesundheit abnehmen. Es ist daher auch zu begrüßen, dass der wichtige Grundgedanke der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung explizit in den Gesetzestext aufgenommen werden soll. Die Förderung der Eigenkompetenz und -verantwortung durch die Krankenkassen ist allerdings kein vielversprechender Ansatz. Nach wie vor ist damit zu rechnen, dass Angebote eher bereits gesundheitsbewusste Menschen erreichen und somit gerade nicht diejenigen, die am meisten von ihnen profitieren würden.

Die Hoffnung auf Selbstfinanzierungseffekte durch verstärkte finanzielle Anstrengungen im Bereich der Prävention ist zweifelhaft. Zum einen lässt sich eine gesundheitsbewusste Verhaltensweise nur bedingt durch den Ausbau von Präventionsangeboten erreichen. Zum anderen bedeutet eine gesundheitsbewusstere Verhaltensweise nicht notwendig, dass im Laufe des Lebens weniger Krankenversicherungs- und sonstige Sozialleistungen in Anspruch genommen werden.

Als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist Prävention auch entsprechend zu finanzieren. Die Kosten für Präventionsmaßnahmen dürfen nicht allein den Sozialversicherungsträgern und damit den Beitragszahlern aufgebürdet werden. Es ist insbesondere nicht akzeptabel, dass anstelle des Bundes künftig die Krankenkassen mit einer Zwangsabgabe von jährlich rund 35 Mio. € zusätzliche Maßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung finanzieren sollen.

Die geplante pauschale Anhebung der Präventionsausgaben ist ein massiver Eingriff in die Entscheidungs- und Finanzautonomie der Kranken- und Pflegekassen und nicht geeignet, um einen nachhaltigen und wirt-

schaftlichen Einsatz der Beitragsmittel für Prävention zu erreichen. Einfach nur die Ausgaben zu erhöhen sichert noch keine Erfolge. Starre Vorgaben wie Mindestbeträge für betriebliche und außerbetriebliche Lebenswelten nehmen den Krankenkassen die Möglichkeit, Mittel entsprechend dem Bedarf der eigenen Versichertenstruktur einzusetzen, und gefährden somit z. B. Aktivitäten von Betriebskrankenkassen in Betrieben, die stattdessen in außerbetriebliche Lebenswelten investieren müssen.

Ebenfalls nicht zielführend und ineffizient ist der Zwang, Beitragsmittel für Prävention jährlich vollständig bis auf den letzten Cent ausgeben zu müssen. Dies führt zu einer Verschwendung knapper Mittel („Jahresendrallye“) oder zu Ineffizienzen, weil langfristig angelegte Maßnahmen nicht ohne Weiteres durchgeführt werden können.

Von der Einrichtung der Vielzahl an geplanten Gremien und Koordinierungsstellen sollte abgesehen werden, da diese nur unnötige Bürokratiekosten verursachen. Wenn an neuen Gremien festgehalten würde, sollten die Arbeitgeber an Weichenstellungen für den betrieblichen Kontext beteiligt werden. Bei den von den geplanten regionalen Koordinierungsstellen der Krankenkassen abschließenden Kooperationsvereinbarungen müssen auf Seiten der Wirtschaft die Arbeitgeberverbände als Vertragspartner vorgesehen werden und nicht die im Gesetzentwurf genannten Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern und Innungen. Bei den Industrie- und Handelskammern würde eine Übertragung sozialpolitischer Aufgaben sogar ausdrücklich dem gesetzlichen Auftrag widersprechen (vgl. § 1 Abs. 5 IHKG).

Betriebe müssen einen niederschwelligen und unbürokratischen Zugang zu Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Anreizen wie Steuerfreibeträgen und Boni erhalten, wenn diese für sie attraktiv sein sollen. Spielräume sollten nicht durch unnötige Zertifizierung von betrieblicher Gesundheitsförderung eingeschränkt werden. Eine Zertifizierung ist nicht nur mit hohen Bürokratiekosten verbunden, sondern birgt auch die Gefahr, standardisierte Einheitslösungen zu befördern. Deshalb sollte sie zu Recht auf verhaltensbezogene Präventionskurse beschränkt bleiben und nicht – wie ursprünglich im Referentenentwurf vorgesehen – auf die gesamte betriebliche Gesundheitsförderung ausgeweitet werden.

Betriebe sollten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung auf eine koordinierte und an den Kernkompetenzen der Sozialversicherungszweige orientierte Beratung und Unterstützung zurückgreifen können.

Eine Ausweitung der Rolle der Betriebsärzte ist zwar grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings bestehen schon heute Engpässe bei der Versorgung mit Betriebsärzten, weshalb weitere Aufgabenzuweisungen dazu führen könnten, dass sie ihren originären Aufgaben nicht nachkommen.

Forderungen der Fraktion DIE LINKE wie die Schaffung eines Fonds zur Gesundheitsförderung unter Beteiligung der Arbeitgeber sind zurückzuweisen.

Im Einzelnen

Betonung der Eigenverantwortung zu begrüßen

Es ist zu begrüßen, dass der richtige Grundgedanke der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung explizit in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch unter § 1 als Satz 2 aufgenommen werden soll. Die Verantwortung für die eigene Gesundheit kann nicht an andere – wie z. B. an die Krankenkassen – delegiert werden. Es liegt im ureigenen Interesse jedes Einzelnen, seine Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu erhalten und zu fördern. Dazu gehört, auf ausreichende Bewegung, gesunde Ernährung und nötige Entspannung zu achten, gesundheitsschädigende Substanzen zu vermeiden und Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen zu nutzen.

Wirkungspotenzial von Gesundheitsprävention ist begrenzt

Das Wirkungspotenzial von Maßnahmen der Gesundheitsförderung ist begrenzt. Gesundheitsbewusstes Verhalten lässt sich nicht einseitig durch ein Präventionsgesetz oder den Arbeitgeber „verordnen“, sondern verlangt Engagement und Bereitschaft jedes Einzelnen. Bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung kommt erschwerend hinzu, dass Beschäftigte nur einen begrenzten Teil ihrer Zeit an ihrem Arbeitsplatz verbringen. Die weit überwiegende Zeit betrifft die Privatsphäre der Beschäftigten, was der betrieblichen Gesundheitsförderung Grenzen setzt.

Mögliche positive finanzielle Wirkungen von Maßnahmen der Prävention beruhen auf dem Hoffnungswert, dass sich Mehrausgaben für Prävention durch mittel- bis langfristige Einsparungen durch die Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten automatisch refinanzieren werden. Das ist jedoch trügerisch: Die meisten Präventionsangebote erreichen nicht diejenigen, die am meisten von ihnen profitieren würden, sondern Menschen mit gesundheitsbewussten Einstellungen und gesundheitsbewusstem Verhalten. Eine bloße Ausweitung des Angebots würde somit wenig bewirken. Zudem beruht die Hoffnung auf Selbstfinanzierung auf der gewagten und nicht belegten Annahme, dass durch Prävention ausschließlich „gesunde Lebensjahre“ gewonnen werden (Rothgang, Dräther, 2003, S. 537).

Genauso sind Hinweisen oder „Berechnungen“ in Studien, dass Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung konkrete ökonomische Auswirkungen in bezifferbaren Größenverhältnissen (z. B. von 1:1,6 oder 1:5) hätten, mit großer Skepsis zu begegnen. Denn alle derzeit bekannten Studien, die zum Teil einen sehr hohen „Return on Investment/Prevention“ suggerieren, vernachlässigen wirtschaftliche Grundlagen, wie z. B. das Gesetz des abnehmenden Grenznutzens sowie die betriebliche und regionale Vielfältigkeit. Sie sind damit nicht geeignet, konkrete Kosten-Nutzen-Werte für die betriebliche Gesundheitsförderung zu ermitteln.

Finanzierung von Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Die Eigenverantwortung für gesundheitsbewusstes Handeln widerspricht nicht einer Verpflichtung des Staates oder anderer zur gesundheitlichen Vorsorge. Das sollte entsprechend dem Subsidiaritätsgrundsatz aber immer nur dort der Fall sein, wo Einzelne nicht selbst in der Lage sind, die zum Erhalt ihrer Gesundheit notwendigen Bedingungen zu schaffen. Gefordert ist der Staat z. B. bei der Gewährleistung gesundheitsverträglicher Lebensbedingungen (z. B. Trinkwasserschutz, Luftreinhaltung), bei der Vermeidung bzw. Bekämpfung von Seuchen und bei denjenigen gesundheitliche Vorsorge sicherzustellen, die dazu selbst nicht in der Lage sind (z. B. Pflichtuntersuchungen oder Zahnprophylaxe für Kinder).

Darüber hinaus sollte der Staat sich jedoch mit Maßnahmen zurückhalten. Insbesondere kann es keine staatliche Aufgabe und auch keine Aufgabe der Sozialversicherung sein, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen, die Einzelne auch selbst organisieren und finanzieren können, zu fördern.

Maßnahmen der Prävention, die keinen Versichertenbezug haben, müssen aus Steuermitteln finanziert werden. Maßnahmen ohne Bezug zum Versicherungsverhältnis sind versicherungsfremd und dürfen daher auch nicht von den Beitragszahlern bezahlt werden. Die im Referentenentwurf vorgesehenen Zwangsabgabe der Krankenkassen von jährlich rund 35 Mio. € an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist daher auch abzulehnen. Verantwortlich für die Finanzierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kann ausschließlich der Bund sein, da es hier an jeglichem Versichertenbezug fehlt. Es sollten nicht auch noch neue versicherungsfremde Leistungen eingeführt werden.

Eingriffe in die Finanzautonomie der Krankenkassen unterlassen

Die vorgeschriebene Erhöhung der Präventionsausgaben der Krankenkassen auf jährlich

7 € je Versichertem und die Bestimmung über die konkrete Verwendung der Ausgaben (mindestens 2 € für betriebliche Gesundheitsförderung, mindestens 2 € für Prävention in Lebenswelten und davon eine Zwangsabgabe von mindestens 0,50 € für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) greift tief in die Entscheidungs- und Finanzautonomie der Krankenkassen ein und ist abzulehnen.

Die Höhe der Anhebung der Präventionsausgaben und die vorgeschriebene Verteilung sind willkürlich gewählt. Die Krankenkassen müssen über die Verwendung der Beitragszahlungen selbst bestimmen können. Starre Vorgaben nehmen den Krankenkassen die Möglichkeit, Mittel entsprechend dem Bedarf der eigenen Versichertenstruktur einzusetzen, wenn z. B. Betriebs- und Innungskrankenkassen gezwungen werden, ihre Mittel in Prävention in außerbetrieblichen Lebenswelten statt in betriebliche Gesundheitsförderung zu investieren. Damit wird dem Ziel des Präventionsgesetzes, Gesundheit in Betrieben zu stärken, ein Bärendienst erwiesen.

Krankenkassen zur Verdoppelung ihrer Pflichtausgaben für Prävention auf insgesamt fast 500 Mio. € pro Jahr zu zwingen ist der falsche Weg für eine Stärkung von Prävention. Statt pauschaler Budgeterhöhungen muss es darum gehen, über Kosten-Nutzen-Analysen das Geld der Beitragszahler möglichst wirtschaftlich einzusetzen und damit die geförderten Projekte bzw. Maßnahmen am tatsächlichen Bedarf auszurichten. Wirkungsvolle Prävention wird nicht durch eine bloße Erhöhung der Präventionsausgaben erreicht, sondern durch zielgerichtete nachhaltige Maßnahmen von hoher Qualität.

Die Krankenkassen investieren mit inzwischen jährlich rund 260 Mio. € bereits deutlich mehr in Präventionsmaßnahmen als gesetzlich vorgeschrieben ist. Auch ohne neues Gesetz wurden 2013 rund 19 % mehr Mittel je Versichertem in die betriebliche Gesundheitsförderung investiert als im Vorjahr. Das macht deutlich, wie wichtig die von Versicherten- und Arbeitgebervertretern selbstverwalteten Krankenkassen ihre Präventionsaufgabe bereits heute nehmen.

Jährlicher Ausgabenzwang ist ineffizient und verhindert wirtschaftliche Mittelverwendung

Schon aus Effizienzgründen sind die Regelungen abzulehnen, dass nicht verausgabte Mittel für Prävention von den Krankenkassen und den Pflegekassen an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bzw. Pflegekassen zu überweisen und nach einem festzulegenden Schlüssel wieder zu verteilen sind. Diese komplizierten Mittelflüsse würden einen sehr hohen bürokratischen Aufwand nach sich ziehen.

Dies gilt umso mehr, wenn die nicht verausgabten Mittel wie im Fall der Krankenkassen für regionale Beratungsstellen der Krankenkassen statt für Maßnahmen ausgegeben werden sollen.

Zudem führt ein jährlicher Ausgabenzwang dazu, dass wenig sinnvolle Maßnahmen durchgeführt werden, um keine nicht verausgabten Mittel abführen zu müssen. Dies wären z. B. Maßnahmen mit einem ungünstigen Kosten-Nutzen-Verhältnis, von verbesserungswürdiger Qualität oder Maßnahmen, die nicht die Zielgruppe, sondern bereits gesundheitsbewusste Personen erreichen. Es sollte die Möglichkeit geschaffen werden, Mittel anzusparen, um umfangreichere Maßnahmenbündel mit begleitenden Kampagnen durchzuführen. Auch mehrjährige Aktivitäten sollten ermöglicht werden.

Überflüssige Bürokratie vermeiden

Ein Präventionsgesetz darf keine unnötige Bürokratie schaffen. Die Gremien-, Verantwortungs- und Entscheidungsstrukturen müssen so schlank wie möglich gehalten und neue Gremien möglichst vermieden werden. Stattdessen werden jedoch nach dem Entwurf des Präventionsgesetzes Mammut-Gremien geschaffen. So sollen eine Nationale Präventionskonferenz, ein Präventionsforum und gemeinsame regionale

Beratungsstellen der Krankenkassen eingerichtet werden. Es soll u. a. eine nationale Präventionsstrategie, bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen, Landesrahmenvereinbarungen und Kooperationsvereinbarungen geben. Dies erzeugt Bürokratiekosten bei ungewisser Wirksamkeit der geschaffenen Strukturen. Durch vierjährige Berichte über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention sollen diese überprüft werden. Die Zementierung der neuen Strukturen in einem Gesetz verhindert jedoch eine schnelle und flexible Verbesserung auf Basis der Erkenntnisse.

Insbesondere der Nutzen gemeinsamer regionaler Koordinierungsstellen der Krankenkassen steht in keinem Verhältnis zum bürokratischen Aufwand. Die Erfahrung zeigt, dass derartige Beratungsstellen wenig genutzt werden, wenn die Beratung eher allgemein gehalten ist. Erforderlich wäre eine auf die Situation des einzelnen Betriebes zugeschnittene Beratung, die direkt in eine konkrete Umsetzung münden kann. Die durchaus anzustrebende Abstimmung der betriebsbezogenen Aktivitäten der Krankenkassen untereinander könnte effizienter, z. B. im Rahmen bestehender Strukturen oder der vorgesehenen Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten im Rahmen der Landesrahmenvereinbarungen, erfolgen.

Sollte dennoch an den regionalen Koordinierungsstellen festgehalten werden, dürfen Kooperationsvereinbarungen nicht mit den im Gesetzentwurf genannten Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern und Innungen abgeschlossen werden. Als Vertragspartner für die Kooperationsvereinbarungen müssen vielmehr auf Seiten der Wirtschaft die regionalen Arbeitgeberverbände vorgesehen werden. Für die Industrie- und Handelskammern schließt § 1 Absatz 5 des Gesetzes zur vorläufigen Regelung des Rechts der Industrie- und Handelskammern dezidiert solche Tätigkeiten aus: „Nicht zu den Aufgaben der Industrie- und Handelskammern gehört die Wahrnehmung sozialpolitischer und arbeitsrechtlicher Interessen."

Unterstützung von Betrieben muss flexibel und unbürokratisch erfolgen

Der Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und zu Anreizen wie Steuerfreibeträgen und Boni muss niederschwellig und unbürokratisch erfolgen.

Eine Konzentration auf qualitätsgesicherte und wirksame Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist zu begrüßen. Die geplante Zertifizierung von betrieblicher Gesundheitsförderung muss dennoch auf verhaltensbezogene Präventionskurse beschränkt bleiben und nicht wie ursprünglich im Referentenentwurf vorgesehen auf die gesamte betriebliche Gesundheitsförderung ausgeweitet werden. Eine generelle Zertifizierung von betrieblicher Gesundheitsförderung wäre mit hohen Bürokratiekosten verbunden und würde zu standardisierten Einheitslösungen führen.

Betriebe brauchen maßgeschneiderte, auf die jeweilige Situation im Betrieb abgestimmte Angebote und Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung. Diese beruhen oftmals auf längerfristig angelegten, jahresübergreifenden Pilotprojekten. Die Spielräume hierfür müssen erhalten bleiben.

Unterstützung von Betrieben muss koordiniert und an den Kernkompetenzen der Sozialversicherungszweige orientiert erfolgen

Die Aktivitäten der Sozialversicherungsträger in den Betrieben müssen im Rahmen bestehender oder ggf. im Rahmen der vorgesehenen neuen Strukturen stärker verzahnt und koordiniert werden. Zudem bedarf es einer Konzentration auf die jeweiligen Kernkompetenzen der Sozialversicherungszweige.

Die Unfallversicherungsträger unterstützen Unternehmen insbesondere bei der Umsetzung von Gefährdungsbeurteilungen und können basierend auf dieser Beratung Informationen über häufige Belastungen in Branchen und Betrieben zur Verfügung stellen. Diese Informationen könnten Hinweise

für ergänzende freiwillige Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, angeboten von den Krankenkassen, liefern.

Schwerpunkt der gesetzlichen Rentenversicherung sollten Beschäftigte bleiben, bei denen Anzeichen vorhanden sind, dass sich ein Rehabilitationsbedarf entwickeln könnte.

Eine Verwässerung der originären Aufgabenfelder der Sozialversicherungszweige und eine daraus resultierende konkurrierende Ansprache von Betrieben über die bereits vorhandene Konkurrenz innerhalb der einzelnen Sozialversicherungszweige hinaus würde weder Beschäftigten noch ihren Arbeitgebern helfen, sondern nur ineffiziente Doppelstrukturen schaffen.

Arbeitgeber an Weichenstellungen für den betrieblichen Kontext beteiligen

Sofern – trotz der genannten Bedenken – an der Einrichtung einer Nationalen Präventionskonferenz festgehalten werden sollte, müssen Arbeitgeber in der Nationalen Präventionskonferenz nicht nur eine beratende Stimme erhalten, sondern zumindest bei allen Fragen mit Auswirkung auf die betriebliche Gesundheitsförderung mitentscheiden können.

Dadurch wäre sichergestellt, dass der Erhalt von Spielräumen für betriebliche Lösungen und eine am Bedarf der Betriebe orientierte Koordination der Sozialversicherungsträger in Entscheidungen berücksichtigt werden.

Für geplante Stärkung der Rolle der Betriebsärzte wird keine ausreichende Zahl an Betriebsärzten zur Verfügung stehen

Die in mehreren Bereichen vorgesehene Stärkung der Rolle der Betriebsärzte ist grundsätzlich zu begrüßen. Dabei müsste jedoch sichergestellt werden, dass die Betriebsärzte ihren originären Aufgaben in ausreichendem Maße nachkommen können. In einigen ländlichen Regionen bestehen bereits Engpässe.

Eine Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zur Entwicklung des arbeitsmedizinischen Betreuungsbedarf in Deutschland aus dem Jahr 2014 zeigt auf, dass der betriebliche Betreuungsbedarf künftig steigen wird, während gleichzeitig die für die Unternehmen verfügbare Betreuungskapazität abnimmt. In zehn Jahren könnte danach nur noch etwa die Hälfte des Betreuungsbedarfs für eine Basisbetreuung abgedeckt werden. Dies beruht u. a. auf der Tatsache, dass von den knapp 12.000 ausgebildeten Arbeitsmedizinern in Deutschland derzeit die Hälfte bereits 60 Jahre und älter ist. Insofern ist nicht zu erkennen, wie die Betriebe künftig noch ausreichend Betriebsärzte für ihre originären Aufgaben im Rahmen des Arbeitsschutzes gewinnen können.

Die Abgrenzung zwischen von Betriebsärzten durchzuführender arbeitsmedizinischer Vorsorge auf der einen Seite und künftig ebenfalls für Betriebsärzte möglichen Gesundheitsuntersuchungen auf der anderen Seite könnte sich in der Praxis finanziell und organisatorisch problematisch gestalten. Nicht tragbar wären zum Beispiel Fälle, wo Gesundheitsuntersuchungen im Betrieb die arbeitsmedizinische Vorsorge „verdrängen“, obwohl der Arbeitgeber die Vorsorge (und nicht die Gesundheitsuntersuchungen) finanziert.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung
T +49 30 2033-1600
soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände · Hausvogteiplatz 1, 10117 Berlin

17.04.2015

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Herrn Michael Thiedemann
Platz der Republik 1
11011 Berlin

per Mail: michael.thiedemann@bundestag.de

Bearbeitet von
Lutz Decker, DST
Jörg Freese, DLT
Uwe Lübking, DStGB

Telefon 0221 3771-305
Telefax 0221 3771-409

E-Mail:
lutz.decker@staedtetag.de

Aktenzeichen
53.08.27 D

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(17)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
20.04.2015

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 22.April 2015

- **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 18/4322**

Ihr Schreiben vom 8. April 2015 – Geschäftszeichen: PA 14-5410-039

Sehr geehrte Damen und Herren,

die im Zusammenhang mit einem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention bestehenden Fragestellungen sind der kommunalen Seite ein ganz besonderes Anliegen. Von daher bedanken wir uns für die Einbindung im Rahmen des Anhörungsverfahrens zu einem Präventionsgesetz – PrävG sowie den weiteren Anträgen. Gerade deswegen bedauern wir es außerordentlich, dass auch an dieser Stelle die Durchführung des Anhörungsverfahrens wieder mit extremer Kurzfristigkeit erfolgt. Eine angemessene Beteiligung unserer Mitglieder wird uns dabei deutlich erschwert. Wir nehmen hierzu gleichwohl, mit einigen Einschränkungen die sich aus dieser Kurzfristigkeit ergeben, wie folgt Stellung:

1. Anliegen und Zielstellung des Gesetzentwurfs – Rolle der Kommunen

Den allgemeinen Zielen des Gesetzentwurfs stimmen wir ausdrücklich zu und begrüßen, dass die Bundesregierung einen erneuten Versuch unternimmt, Fragen der Gesundheitsförderung und der Prävention gesetzlich zu regeln. Auch die stärkere finanzielle Beteiligung der Krankenversicherung an den Kosten der Prävention ist richtig und ein wichtiger Schritt zur Stärkung der Prävention. Von einer breiten Bewegung hin zu mehr Prävention und Gesundheitsförderung profitieren finanziell ja insbesondere auch die Krankenversicherungen. Daher sollten sie sich an den präventiven Ausgaben auch stärker beteiligen. Es wäre wichtig sicherzustellen, dass die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht nur eine individuelle Verantwortung für Gesundheit fördert, sondern auch die Förderung von Rahmenbedingungen für Gesundheit zur Aufgabe hat. In diesem Sinne soll sich die GKV auch an dem Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen beteiligen, um das Maß an Selbstbestimmung der Bürgerinnen und Bürger über die Gesundheit zu erhöhen.

Dass andere Träger sich mit in der Verantwortung sehen, ist vielfältig und vielerorts in guter Weise gegeben. Auch bestehen verschiedene grundsätzliche Positionierungen von Institutionen zum Thema. Etwa hat der GKV-Spitzenverband in seinem Leitfaden Prävention zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V dem Setting Kommune eine besondere Bedeutung beigemessen. Beispielsweise hat auch der Deutsche Volkshochschulverband in seinem von uns Positionspapier „Volkshochschulen – starke Partner in Prävention und Gesundheitsförderung“, das wir unterstützen, beschrieben, wie sich die Volkshochschulen in diesen Bereich einbringen können. Das Zusammenspiel von Initiativen, Vereinen, Wohlfahrtsträgern oder anderer Strukturen ganz unterschiedlicher Bereiche muss aber vor allem örtlich gelingen und genau an dieser Stelle kann kommunales Agieren besonderen Nutzen stiftet, wenn dies den Kommunen – auch finanziell – ermöglicht wird. Eine bessere Finanzausstattung der Kommunen ist deshalb auch von großer Bedeutung für eine alle Bevölkerungsgruppen erfassende Prävention.

Im vorliegenden Gesetzentwurf finden diese Aspekte und die kommunale Ebene zu wenig Berücksichtigung. Teilweise landesgesetzlich verpflichtet setzen die Kommunen schon heute erhebliche Mittel für präventive Maßnahmen ein. Sie sind als Handlungsträger mit expliziter Gemeinwohlverpflichtung in die bevölkerungs- und gruppenbezogene Gesundheitsfürsorge und -vorsorge einbezogen. Insbesondere benachteiligen Zielgruppen wird durch sie der Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens ermöglicht. Die Kommunen spielen eine ganz besonders wichtige Rolle, weil neben dem direkten finanziellen Mitteleinsatz die multiprofessionelle Kompetenz der kommunalen Fachkräfte in den unterschiedlichsten Ämtern und Fachdiensten eingebracht wird und ein besonderes Potential für eine örtliche Koordinierung besteht.

Gerade im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung spielt der örtliche Netzwerkgedanke eine besondere Rolle, der etwa im Rahmen kommunaler Gesundheitskonferenzen mit Erfolg umgesetzt wird. Dieses Zusammenwirken verschiedenster Akteure auf kommunaler Ebene bedeutet ein großes Potential – auch für alle vorgesehenen zusätzlichen Mittel. Damit diese jedoch bestmöglich wirken können, sollten vor allem die örtlichen Strukturen genutzt und unterstützt werden und nicht zuvorderst auf Bundes- und Landesstrukturen gesetzt werden. Die Begriffe Lebenswelt, Kooperation und Koordination werden zwar richtigerweise aufgegriffen. Es erfolgt aber eine nur unvollständige Fokussierung auf den nahen, lebensweltlichen Bereich. Gerade hier müsste, auch finanziell, ermöglicht werden, örtlich bedarfsgerecht zu koordinieren und zu steuern. Die Kommunen erbringen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung bereits derzeit – gewissermaßen in Vorleistung – in nicht unerheblichem

Umfang Leistungen auf verschiedenen Ebenen. Insbesondere in der Sozial- und Gesundheitsverwaltung werden bezogen u.a. auf die Settings Kita, Schule, Lebenswelt ältere Menschen und für Zielgruppen mit besonderem Bedarf wie Migrantinnen und Migranten, sozial benachteiligte Familien, von Gewalt betroffene Frauen, von Alkoholmissbrauch gefährdete Jugendliche, Pflegebedürftige, psychiatrieerfahrene Menschen u.a. primär- und sekundärpräventive Angebote vorgehalten. Im Sinne einer Weiterentwicklung dieser Präventionsarbeit wäre eigentlich eine Koordination dieser Aufgaben und Angebote auszubauen. Entsprechende koordinierende Aufgaben der Kommunen und die örtlichen Kooperation zu unterstützen, sollte stärker in den Entwurf eines Präventionsgesetzes aufgenommen werden. Hier eingesetzte **und** hier koordinierte Mittel zeigen eine bessere Wirkung, als wenn Bundes- oder Landesebene zu örtlichen Bedarfen entscheiden.

Insgesamt ist die kommunale Einbindung in Präventionsaktivitäten, die vor allem vor Ort, in kommunalen Settings stattfindet, deutlich zu kurz gekommen. Dabei gilt es doch, örtlich bereits vorhandene Strukturen zu berücksichtigen und ggf. auch auszubauen. Wir fürchten hier weitere Doppelstrukturen und zusätzlichen Aufwand für alle Akteure. Besser zu berücksichtigen wäre hier der zumeist kommunal getragene öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) in seiner zentralen Koordinierungsfunktion, die Arbeitskreise für Prävention und Gesundheitsförderung und die in vielen Kommunen bestehenden Gesundheitskonferenzen. Der ÖGD wird zwar in der Gesetzesbegründung zutreffend als Akteur der Gesundheitsförderung erwähnt, dass aber vielfältige Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Prävention auf kommunaler Ebene erbracht werden, ist im Gesetzesentwurf nicht ausreichend berücksichtigt. Die Kommunen nehmen eine Schlüsselposition in der Vernetzung und Koordinierung verschiedener Akteure und Fragestellungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ein, arbeiten sozialraumorientiert, kleinräumig, lebenswelt- und lebensrealitätsorientiert und kennen die lokale Umsetzungs- und Zugangsebenen am besten. Das ist gerade im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention dringend geboten. Potentiale der Kommunen müssten im Gesetz daher weitaus besser unterstützt, genutzt und verstärkt ausgebaut werden.

2. <u>Zu Einzelregelungen</u>

- Hinsichtlich der Einbindung der BZgA bei der Umsetzung von Prävention in Lebenswelten, sieht der Regierungsentwurf vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gem. § 20a Abs. 3 SGB V die BZgA zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen zur Prävention in Lebenswelten beauftragt. Die BZgA erhält dafür mindestens 35 Mio. Euro. Die Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten werden gem. § 20f SGB V über Landesrahmenvereinbarungen unter Berücksichtigung der regionalen Erfordernisse auf regionaler Ebene vereinbart. Zur Einbindung der BZgA erhielten wir unterschiedliche Rückmeldungen aus unserer Mitgliedschaft. Zum einen wurde die settingorientierte Einstellung, die besondere Berücksichtigung sozial Benachteiligter Gruppen und das dementsprechende Themengrundverständnis der BZgA besonders anerkannt. Allerdings wurde andererseits auch befürchtet, dass eine Abstimmung mit der Bundesorganisation BZgA unnötigen Verwaltungsaufwand generiert und bereits erprobten Verfahren in den Ländern zuwider laufen könnte und das daher kassenübergreifende Aktivitäten auch ohne die BZgA angestrebt werden sollten. Demzufolge wäre stattdessen die Sicherstellung von Zielorientierung und Qualität in der Gesundheitsförderung und Prävention und deren Evaluation über ein nationales Kompetenzzentrum zu gewährleisten, das dann bei der BZgA angesiedelt sein könnte. Die BZgA erhielte demzufolge einen Teil der Mittel für bundesweite Kampagnen zur Prävention.

Die nun beinhaltete Miterwähnung der kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende etwa in § 20a Abs. 1, letzter Satz SGB V ist grundsätzlich zu begrüßen. Inhaltlich könnte hier zudem noch sinngemäß wie folgt ergänzt werden: „Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist **sowie für präventive Maßnahmen** arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende eng zusammen."

- In § 20a Absatz 2 SGB V sollte klargestellt werden, dass die Krankenkassen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu erbringen hat und dafür mindestens die nach § 20 Absatz 6 Satz 2 vorgesehenen Mittel einzusetzen hat. Darüber hinaus sollte die Formulierung „mit einer angemessenen Eigenleistung" in §20a Abs.6 Satz 2 gestrichen werden. Der unbestimmte Rechtsbegriff wird zu Auslegungsstreitigkeiten über die Angemessenheit führen. Zumindest muss in Gesetzesbegründung beispielhaft ausgeführt werden, was unter Eigenleistung zu verstehen ist, welche Eigenleistung als angemessen anzusehen ist und durch wen die Eigenleistung zu erbringen ist.

- Die Förderung von bundes- und landeszentralen Strukturen sollte nach unserem Erachten nicht im Vordergrund eines Präventionsgesetzes stehen. Wenn aber Strukturen auf diesen Ebenen gleichwohl geschaffen werden, wie etwa die Nationale Präventionskonferenz gemäß § 20e SGB V, so wird es hier darauf ankommen, dass die kommunale Beteiligung nicht unterrepräsentiert ist, was bei einer vorgesehenen nur beratenden Stimme der Fall zu werden droht. Jedenfalls muss aber sichergestellt sein, dass zumindest jeder der drei kommunalen Spitzenverbände hier mit je einem Sitz vertreten sein kann.

- Hinsichtlich des § 20f SGB V halten wir Anpassungen mit folgender Zielrichtung für notwendig: In den letzten Jahren ist deutlich geworden, dass zielgerichtete, verbindliche und effektive Koordinierung und Kooperation Voraussetzungen sind, Gesundheitsförderung und Prävention erfolgversprechend umzusetzen. Deshalb muss in dem Präventionsgesetz das in diesem Kontext mögliche Maß an Regelung getroffen werden, um eine verstärkte und verbindliche Koordinierung und Vernetzung, auf den Handlungsebenen Bund, Länder und Kommunen zu fördern. Es ist gesetzlich eindeutig zu klären, dass Sozialversicherungsträger sowie Länder und Kommunen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten und in Wahrnehmung einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung gemeinsam darauf hinwirken, die gemeinsam vereinbarten Ziele von Prävention und Gesundheitsförderung zu erreichen. Zur Förderung dieser Aufgabe haben sich die Sozialversicherungsträger regelmäßig mit den für Prävention und Gesundheitsförderung von den Ländern und Kommunen zuständigen Stellen und Diensten über die regionalen Erfordernisse von Gesundheitsförderung und Prävention abzustimmen. Festlegungen zum Verfahren der Abstimmung sowie der zu beteiligenden Stellen und Dienste werden im Rahmen von Rahmenvereinbarungen getroffen. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass bisherige Maßnahmen und Programme in Ländern und Kommunen weiterhin Bestand haben können.

- Das Modell der Zusammenarbeit nach § 21 SGB V im Bereich der Zahngesundheit (Gruppenprophylaxe) wird von unseren Mitgliedern als erfolgreich beschrieben. Wir fordern daher die Ausweitung auf weitere Bereiche wie Impfen (§ 20d a.F.) und Soziotherapie (§ 37 a). Die Regelung in § 20d a.F. läuft bislang zumeist leer. Die Krankenkassen sind daher zu verpflichten, sich in größtmöglichem Umfang an den Kosten von

Impfaktionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu beteiligen, dies umfasst neben den Kosten des Impfstoffs auch Personal- und Sachkosten.

- Die Ausweitung des Anspruchs von Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren ist uneingeschränkt zu begrüßen (§ 26 SGB V). Dabei ist es aber wichtig, dass die Präventionsempfehlungen der Hausärzte nicht nur die Individualprävention im Blick haben, sondern auch auf die Präventionsprogramme im Sozialraum der jungen Menschen hinweisen und über diese auch ausreichend informiert sind.

  Die sinnvolle Regelung in § 37 a SGB V (Soziotherapie) läuft derzeit leer, weil durch extrem niedrige Vergütungssätze bei gleichzeitig hohen Anforderungen an die Strukturqualität seit Jahren eine Leistungserbringung in diesem Bereich, der ansonsten sehr erfolgreich Krankenhausbehandlungen vermeiden oder verkürzen könnte, völlig unwirtschaftlich ist. Gerade vor dem Hintergrund der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen ist die Soziotherapie zu stärken, um den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung dieser besonders vulnerablen Personengruppe zu stärken.

- Anzumerken ist, dass Gesundheitsförderung und Prävention mittlerweile auch besonders die psychische Gesundheit betrifft. Daher sollten Überlegungen zur Förderung seelischer Gesundheit und Prävention, psychischer Erkrankungen bzw. auch lebensbedrohlicher Verhaltensweisen wie z. B. Suizidalität noch mehr als bisher Eingang in ein Präventionsgesetz finden.

- Für den Bonus als Geldleistung gemäß § 65a ist geplant, ihn von einer ‚kann' in eine ‚soll'-Leistung zu ändern. Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20) sollen aber nach § 20 „insbesondere zur Vermeidung sozial bedingter […..] Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen". Mit diesen Bonusleistungen werden aber in erster Linie Versicherte belohnt, die ohnehin in der Lage sind, für ihre Gesundheit Sorge zu tragen. Diese Mitnahmeeffekte sollten vermieden werden. Stattdessen sollten Gesundheitsförderungsaktivitäten in Lebenswelten zusätzlich gestärkt werden, wo sie für die Zielgruppen gem. § 20 größere Wirkungen entfalten.

- Hinsichtlich der geplanten Änderungen im SGB VIII teilen wir das grundsätzliche Ziel, gerade auch in Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung gesundheits- fördernde und präventive Aspekte stärker zu verankern. Ob dies gelingt, wird nicht zuletzt davon abhängen, dass den Kommunen hierfür ein ausreichender finanzieller Spielraum, bereitsteht. Wir gehen davon aus, dass die qualitativ hochwertigen Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere auch bei den Hilfen zur Erziehung und den Eingliederungsleistungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen, bereits jetzt mit dem Ziel der Gesundheitsförderung angeboten werden und dies durch die finanziellen Rahmenbedingungen auch ermöglicht wird. Wenn es hier noch Nachholbedarf geben sollte, müsste dies im Wege einer fachlichen Diskussion mit den Leistungsanbietern erörtert werden und ggf. ein geeigneter Weg der Implementation sicher- gestellt werden. Wir halten es insgesamt für zweifelhaft, ob über eine Änderung des SGB VIII eine solche Zielstellung erreicht werden kann. Eine Verankerung in der Konzeption von stationären Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung als pflichtige Regelung erscheint problematisch, weil die Gesundheitsförderung bereits Teil des Auftrages der Hilfe zur Erziehung ist. Die Änderung des § 45 SGB VIII lehnen wir ab. Die Betriebserlaubnis in den Einrichtungen soll an die Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes gebunden werden. Dies wird nach unserer Auffassung durch die vorhandenen Rege-

lungen zur Betriebserlaubnis bereits abgedeckt und führt durch die unspezifische Formulierung eher zur Verunsicherung auf Seiten der Träger. Auf der anderen Seite fehlt eine verbindliche Regelung zur Zusammenarbeit, wie sie in § 81 SGB VIII normiert ist, im Präventionsgesetz.

- Die Schule als wesentlicher Bestandteil der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen wird zu wenig berücksichtigt. Zumindest Handlungsansätze müssten formuliert werden.

- Im Sinne der gesellschaftlichen Gesamtaufgabe von Gesundheitsförderung und Prävention und der Interventionen in Lebenswelten, die ja auch von Privat-Versicherten genutzt werden, sollte durchweg die Private Krankenversicherung (PKV) stärker verpflichtend eingebunden und an der Finanzierung beteiligt werden.

  Der Auftrag aus dem Koalitionsvertrag und dem 87. GMK-Beschluss „alle Sozialversicherungsträger“ einzubeziehen erscheint nicht erfüllt. Der Einbezug der Grundsicherung für Arbeitssuchende ist deshalb zu ergänzen. Ein Finanzierungsbeitrag, mit dem sich die Arbeitslosenversicherung an den Aufgaben beteiligt, ist zu benennen. Insbesondere Langzeitarbeitslose gehören zu dem Adressatenkreis, der gem. § 20 PrävG angesprochen und erreicht werden soll. Diese Aufgabe kann nicht nur über Krankenkassenfinanzierung umgesetzt werden. Deshalb sollen alle Träger an den Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention mitwirken, die Sozialleistungen nach dem Sozialgesetzbuch erbringen.

- Wir halten es für wichtig, dass Arbeitslose und Leistungsberechtigte nach dem SGB II explizit als Zielgruppe im Gesetzentwurf genannt werden und das Engagement der Krankenkassen für diese Zielgruppe deutlich steigen muss. Studien des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung weisen darauf hin, dass jeder dritte Leistungsberechtigte in der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) gesundheitliche Einschränkungen aufweist. In vielen Studien wird auf die Wechselwirkung zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit hingewiesen. Zu beachten ist auch, dass es vor allem schwierig ist, Arbeitslose und Leistungsberechtigte nach dem SGB II überhaupt zur Inanspruchnahme von Präventivmaßnahmen zu motivieren und dass daher eine Vernetzung und Integration der Angebote von Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung erforderlich ist. Dafür halten wir eine intensivere Zusammenarbeit zwischen den (kommunalen) Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende und der gesetzlichen Krankenversicherung für erforderlich. Chronische Erkrankungen und insbesondere auch psychische Erkrankungen sind oftmals Folge von Langzeitarbeitslosigkeit. Dennoch partizipieren Arbeitslose und Leistungsberechtigte nach dem SGB II nur in sehr geringem Maße von den Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Eine Hürde hierbei ist das Fehlen von zielgruppenspezifischen Maßnahmen. Eine weitere Hürde ist die Erhebung von Eigenanteilen, die die Betroffenen, häufig nicht aufbringen können. Deshalb sollten die Krankenkassen gesetzlich dazu verpflichtet werden, die Maßnahmekosten für Arbeitslose und erwerbsfähige Leistungsberechtigte des SGB II nach vorheriger Prüfung und Genehmigung der Maßnahme vollständig und direkt zu übernehmen.

- Die Soziale Pflegeversicherung sollte sowohl für den stationären, als auch ambulanten Bereich einbezogen werden. Der ambulante Sektor wächst in seiner Bedeutung, was auch durch entsprechende präventive Aktivitäten ausgedrückt werden muss. Prävention bezieht sich nicht nur auf die vollständige Verhinderung von Pflegebedürftigkeit, sondern auch auf die Vermeidung und Verzögerung steigender Pflegebedürftigkeit.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung

Verena Göppert
Beigeordnete
des Deutschen Städtetages

Jörg Freese
Beigeordneter
des Deutschen Landkreistages

Uwe Lübking
Beigeordneter
des Deutschen Städte- und Gemeindebundes

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(11)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
17.04.2015

bvpg
Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

Stellungnahme der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ (Präventionsgesetz — PrävG), BT-Drucksache 18/4282, vom 11. März 2015

Mit Schreiben vom 08. April 2015 ist die BVPG e.V. vom Sekretariat PA 14 des Ausschusses für Gesundheit eingeladen worden, an der öffentlichen Anhörung zum Präventionsgesetz teilzunehmen, die am Mittwoch, dem 22. April 2015, von 14:00 bis 16:00 Uhr im Anhörungssaal 3 101 im Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, 10557 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, stattfindet.
Zu dieser Anhörung gibt die BVPG die folgende schriftliche Stellungnahme ab.

Die BVPG bewertet den vorliegenden Gesetzentwurf (GE) insgesamt und grundsätzlich als positiv. Sie sieht jedoch noch Erläuterungs- und Nachbesserungsbedarf im Einzelnen.

Vorbemerkung

Dieser vom Gesundheitsressort vorgelegte Gesetzentwurf beansprucht nach eigenem Bekunden nicht, in vollem Umfang der Forderung nachzukommen, Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe umzusetzen, da die gesetzgeberische Kompetenz des Bundes hierzu nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes auf den Bereich der sozialversicherungsrechtlichen Regelungen beschränkt sei. (GE, S. 25)

„Auf der Grundlage der gesetzgeberischen Kompetenzen des Bundes enthält das Präventionsgesetz Vorgaben für ein Präventionssystem der Sozialversicherungen unter Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung.“ (GE, S. 22)

Die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung werden jedoch nur „entsprechend ihrer bestehenden spezifischen gesetzlichen Präventionsaufgaben im gegliederten System der sozialen Sicherung in die nationale Strategie verpflichtend eingebunden“ (GE, S. 23) — „eine Verlagerung staatlicher Aufgaben auf die Sozialversicherung und umgekehrt findet nicht statt“ (GE, S. 22).

Veränderungen und Weiterentwicklungen der „bestehenden spezifischen gesetzlichen Präventionsaufgaben“ im Rahmen dieses Präventionsgesetzes können sich des Weiteren mithin nur auf das Präventionssystem der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung beziehen, da nur für diesen Teil der gesetzlichen Sozialversicherung das für dieses Gesetz verantwortlich zeichnende Bundesgesundheitsministeriums die Gestaltungsmacht besitzt.

Gemeinsam Gesundheit fördern.

Vor diesem Hintergrund kann nur der Hoffnung Ausdruck und Nachdruck verliehen werden, dass der intendierte „verpflichtende“ Charakter dieses Gesetzes (GE, S. 23) ausreichen möge, das Ziel — „die Schaffung einer Struktur für eine dauerhafte, verbindliche und zielorientierte Kooperation der Sozialversicherungsträger unter Einbeziehung weiterer verantwortlicher Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene“ (GE, S. 23) — auch wirklich zu erreichen sein wird.

Zu den vor diesem Hintergrund intendierten Regelungsabsichten des Gesetzes nimmt die BVPG im Folgenden Stellung.

Zuvor bekräftigt die BVPG aber mit Bezug auf das Gesundheitsförderungskonzept der WHO und im Einvernehmen mit vielen nationalen und internationalen Fachleuten die Forderung, auch weiterhin und ergänzend zu diesem Präventionsgesetz den Leitgedanken der „Förderung der Gesundheit“ in alle anderen Politikfelder einzubringen.

Nur so träte die Förderung der Gesundheit als Querschnittsaufgabe für das politische Handeln gleichberechtigt neben andere, bereits verankerte Querschnittsaufgaben: ebenso, wie man Maßnahmen und Programme dahingehend überprüft, ob sie nachhaltig sind, ob sie Diskriminierung vermeiden, ob sie die Gleichbehandlung der Geschlechter gewährleisten oder zusätzliche Bürokratie vermeiden, wären nämlich Programme daraufhin zu überprüfen, ob sie gesundheitsschädlich, -neutral oder gesundheitsfördernd sind.

Nachfolgend nun unsere Stellungnahme zu den Regelungsabsichten des Gesetzentwurfes gesamthaft und im Einzelnen.

Gesamthafte Bewertung

1.

Vor diesem — wie auf S. 1 oben einleitend ausgeführt — „kompetenzrechtlichen“ Hintergrund ist zu begrüßen,

a) dass die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung (Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung) verpflichtend in die gemeinsame Erarbeitung einer nationalen Präventionsstrategie über das Gremium der „Nationalen Präventionskonferenz“ eingebunden werden;

b) dass der privaten Kranken- und Pflegeversicherung eine verantwortliche Mitwirkung an dieser Strategie im Rahmen der nationalen Präventionskonferenz ermöglicht wird;

c) dass Bund und Länder, die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesagentur für Arbeit sowie die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer hieran teilnehmen;

d) dass ein Beratungsgremium (das „Präventionsforum“) für die an der praktischen Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention beteiligten Fachsysteme installiert wird, das neben den Mitgliedern der Nationalen Präventionskonferenz die Vertreter „der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände“ (GE, S. 13), also die zivilgesellschaftlichen Kräfte in diesem Handlungsbereich umfasst;

e) dass vom Prinzip her und im Ansatz ein Ressort übergreifendes Zusammenwirken durch die Einbeziehung des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie des Bundesministeriums des Innern ermöglicht werden soll.

2.

Die BVPG begrüßt ebenfalls, dass mit § 20e (2) die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. von der Nationalen Präventionskonferenz mit der Durchführung des Präventionsforums beauftragt werden soll — und auf diese Weise erstmalig systematisch, umfassend und gesetzlich geregelt den fundierten Erfahrungen, der fachlichen Kompetenz und den praxisorientierten Ideen der zivilgesellschaftlichen Kräfte bei der Weiterentwicklung von Konzepten und Umsetzungsmaßnahmen für die Gesundheitsförderung und Prävention Stimme und Gehör im Rahmen einer Nationalen Präventionsstrategie verschafft wird.

3.

Die BVPG begrüßt die in § 20 (1) vorgenommene Verpflichtung der Krankenkassen, in ihren Satzungen Leistungen zur primären Prävention und zur Gesundheitsförderung vorzusehen, und begrüßt, dass diese Leistungen weiterhin insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen.

4.

Die BVPG hält die in § 20 (6) aufgeführte Erhöhung des Gesamt-Richtwerts auf € 7,00 pro Versichertem p.a. für angemessen und begrüßt die neu eingeführten und als Mindestbeträge festgelegten Verwendungsquoten für Leistungen nach §§ 20a und 20b.

5.

Auch die Neufassung des § 5 SGB XI einschl. der Festlegung einer finanziellen Beteiligung der gesetzlichen Pflegekassen mit € 0,30 pro Versichertem p.a. wird von der BVPG begrüßt [GE, Artikel 6, § 5 (2)]. Allerdings erscheint uns die Beschränkung auf „stationäre Pflegeeinrichtungen“ als unangemessen.

Nachfolgend die ausführlichere Befassung mit dem Gesetzentwurf einschl. des Erläuterungs- und Nachbesserungsbedarfs der BVPG im Einzelnen.

Anmerkungen zu Artikel 1 im Einzelnen

§ 1 SGB V

Der nach § 1 Satz 1 SGB V eingefügte Satz (GE, S. 9) sollte ergänzt werden um den Zusatz „sowie die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten“, um gleichermaßen die verhaltens- wie die verhältnispräventiven Aspekte der Aufgaben zur Förderung der Gesundheit zu benennen.

§ 20 (1) SGB V

Die in § 20 (1) vorgenommene „Legaldefinition der Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung“ (GE, B. Besonderer Teil, S. 32) ist aus der Sicht der BVPG im Falle der „Gesundheitsförderung“ aus dem gleichen Grund wie oben ausgeführt erst dann angemessen, wenn hier neben der „Förderung des selbstbestimmten gesundheitlichen Handelns der Versicherten“ auch die „Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes“ (GE, A. Allgemeiner Teil, S. 21) mitadressiert wird.

Vorgeschlagen wird deshalb die Formulierung: „(1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten und der Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes (Gesundheitsförderung) vor.“

§ 20 (2) SGB V

Die BVPG begrüßt, dass der Spitzenverband der Krankenkassen auch weiterhin unabhängigen Sachverstand bei der Festlegung der Ausgestaltung der Leistung gemäß § 20 (1) einbeziehen kann und das seit dem Jahr 2000 bewährte Gremium der „Beratenden Kommission“ beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen (bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung sowie des Bundesministeriums für Gesundheit, der Gesundheitsministerkonferenz der Länder, der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und des Deutschen Gewerkschaftsbunds) somit erhalten bleibt. Weitere Sachverständige aus anderen Fachbereichen sollten jedoch nicht ständig, sondern — wie bisher — je nach sachlichem Bedarf in die Arbeit dieses Gremiums eingebunden werden.

§ 20 (3) SGB V

Für nicht zielführend hält die BVPG die in § 20 (3) aufgeführte detaillierte Aufzählung der derzeitigen Gesundheitsziele aus der Arbeit des Kooperationsverbunds „gesundheitsziele.de“, da die Erarbeitung und Ausformung von Zielen der Gesundheitsförderung und Prävention einem ständigem Prozess der Weiterentwicklung, Neugewichtung und Ergänzung unterliegt, so dass allgemeinere Formulierungen zu Gesundheits(förderungs)zielen im Gesetz angemessener wären.
(Änderungen bei den Gesundheitszielen bedürften dann auch keiner Gesetzesänderung.)

Vorgeschlagen hierfür wird deshalb eine alternative Formulierung wie z.B.:

„(3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den für den Handlungsbereich Gesundheitsförderung und Prävention jeweils geltenden Stand sowohl der nationalen Ziele-Diskussion (z.B im Kooperationsverbund gesundheitsziele.de, im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie, bzgl. der Kinderunfallprävention etc.) als auch den Stand der internationalen Ziele-Diskussion (z.B. im Rahmen der Framework Convention on Tobacco Control oder bzgl. der UN-Declaration on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases).“

Die bisher vorgetragenen Argumente für eine Beibehaltung der Aufzählung einzelner Gesundheitsziele können in mehrfacher Hinsicht nicht überzeugen:

1. die bisherigen Gesundheitsziele des „Kooperationsverbunds gesundheitsziele.de“ sind nur zu einem relativ geringen Teil auf das Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ ausgerichtet — in der Hauptsache handelt es sich um „Ziele der ärztlich-medizinischen Versorgung“;
2. die bisherigen Gesundheitsziele des „Kooperationsverbunds gesundheitsziele.de“ adressieren nur zu einem sehr geringen Teil (lediglich zu ca. 7 %) die gesetzlichen Sozialversicherungsträger als für deren Umsetzung Verantwortliche — zu ca. 93 % werden andere Adressaten als Träger der empfohlenen Maßnahmen aufgeführt;
3. die (wenigen) auf Gesundheitsförderung und Prävention fokussierten Gesundheitsziele des „Kooperationsverbunds gesundheitsziele.de“ werden bereits seit dem Jahr 2000 im Rahmen der Umsetzung der bisherigen §§ 20 und 20a SGB V durch die im „Leitfaden...“ aufgeführten Präventionsprinzipien in den Handlungsfeldern „Bewegungsgewohnheiten“, „Ernährung“, „Stressmanagement“ und „Suchtmittelkonsum“ berücksichtigt;
4. der Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ ist kein vom Gesetzgeber legitimiertes Gremium zur Erarbeitung nationaler Gesundheitsziele, sondern ein freiwilliger, nicht rechtsfähiger Zusammenschluss staatlicher und nichtstaatlicher Kooperationspartner, dessen Arbeitsergebnisse damit aber gegenüber den körperschaftlich verfassten Krankenkassen Gesetzeskraft erhielten.

§ 20 (4) SGB V

Die in § 20 (4) vorgenommene Auflistung der drei Leistungsarten ist in Punkt 2. zu eng gefasst: statt „Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten...“ müsste es vielmehr heißen „Leistungen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebenswelten nach § 20a“.
Auch die unter Punkt 3. vorgenommene Formulierung sollte präzisiert werden: „Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b“.
Die bisher gewählten Formulierungen legten ansonsten nahe, dass Kursmaßnahmen in Lebenswelten und im Betrieb das Ziel wären, und nicht der „Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ für den Betrieb oder die Lebenswelten (GE, S. 10f).
[Vgl. hierzu auch die in diesem Sinne formulierte Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates vom 6. Februar 2015/BR-Drs. 640/14 (Beschluss), S. 8, Zu Nummer 16 — Artikel 1 Nummer 16 (§ 65a SGB V).]

§ 20a (3) SGB V

Wie beim Gesetzentwurf in der letzten Legislaturperiode kann die BVPG erneut nicht nachvollziehen, mit welcher Begründung die Krankenkassen zur Inanspruchnahme der Unterstützung der Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Bereich der nicht-betrieblichen Lebenswelten durch die BZgA verpflichtet werden.
Warum bzgl. der Zielsetzung der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen und der Verbesserung der Ansprache sogenannter vulnerabler Gruppen (GE, S. 35) durch die bisherigen Settingmaßnahmen der Krankenkassen eine Bundesoberbehörde, die weder auf der Landes- noch auf der kommunalen Ebene vertreten ist, zur Problemlösung beitragen soll, ist schwer verständlich.

Der Rückgriff auf vorhandene kommunale, regionale und Landes-Strukturen hierfür läge näher — eine sachlich und organisatorisch geeignetere Verfahrensweise könnte stattdessen sein, die für diese Aufgaben vorgesehenen Mittel qua Landesrahmenvereinbarung den im Land bzw. vor Ort bereits vorhandenen und geeigneten Strukturen direkt zur Verfügung zu stellen.

Die Erarbeitung von Konzeptionen „adäquater Qualitätssicherungsverfahren“ (GE, S. 35) könnte entweder als zukünftig routinemäßige Arbeitsaufgabe der nachgeordneten Behörde BZgA festgelegt werden oder aber im Rahmen der in § 20g geregelten „Modellvorhaben“ bearbeitet und finanziert werden.

§ 20e (1) SGB V

Zur optimalen Verzahnung der Nationalen Präventionskonferenz mit dem Präventionsforum empfiehlt die BVPG, auch für die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. die Teilnahme an den Sitzungen der Nationalen Präventionskonferenz mit beratender Stimme vorzusehen.

§ 20g SGB V

Die Ermöglichung der Durchführung von Modellvorhaben im Feld der Lebenswelten und der betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 und ihre Verbände ist zu begrüßen — allerdings fehlen Angaben, aus welchen Mitteln diese Modellvorhaben finanziert werden sollen.

§ 25 (1) SGB V

In diesem Absatz wird u.E. nach nicht klar, aus welchem Grund der Zusatz „und kann auch auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen...“ eingefügt ist, andererseits aber Hinweise auf die entsprechenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung fehlen. Sachangemessener erscheint uns die Formulierung: „Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen — insbesondere über die Angebote im Rahmen von § 20 SGB V.“

Anmerkungen zu Artikel 2 im Einzelnen

§ 20a (3) SGB V - Einfügung nach Satz 3

Die hierdurch geregelte pauschale Vergütung der BZgA durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen hält die BVPG für ordnungspolitisch problematisch, insofern damit Gelder der Versichertengemeinschaft einer staatlichen Behörde zufließen.

Zusätzliche Anmerkungen

1.

Die BVPG hält den systematischen Aufbau von Forschungsstrukturen, die schwerpunktmäßig den Handlungsbereich „Gesundheitsförderung und Prävention“ zur Aufgabe haben und insbesondere auch Fragestellungen der Evaluation komplexer Maßnahmen bearbeiten, weiterhin für dringend notwendig und regt an, auch diese Aufgabe zumindest ansatzweise im Präventionsgesetz zu verankern.

2.

Zusätzlich zu einem Präventionsgesetz ist nach Ansicht der BVPG die baldige Einrichtung eines Nationalen Aktionsprogramms zur „Gesundheitsförderung und Prävention nicht-übertragbarer Erkrankungen“ von großer Bedeutung. Hiermit würde der "Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases" der Vereinten Nationen aktiv nachgekommen, die am 16. September 2011 auch von Deutschland unterzeichnet wurde, und auf die der vom Regionalkomittee für Europa der WHO für den Zeitraum 2012 bis 2016 verabschiedete „Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten“ Bezug nimmt.

Der derzeit noch laufende Aktionsplan „IN FORM — Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ ließe sich hierin problemlos integrieren.

Bonn, den 16. April 2015

gez.
Dr. Uwe Prümel-Philippsen/Dr. Beate Grossmann
Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)
Heilsbachstr. 30
53123 Bonn
Tel.: 02 28 / 987 27 - 0
Mail: pp@bvpraevention.de

dbb beamtenbund und tarifunion

Stellv. Bundesvorsitzender
Fachvorstand Beamtenpolitik

dbb beamtenbund und tarifunion, Friedrichstraße 169/170, 10117 Berlin

Hans-Ulrich Benra

Friedrichstraße 169/170
D-10117 Berlin

Telefon 030.40 81-43 00
Telefax 030.40 81-43 99
benraha@dbb.de
www.dbb.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(38)
gel. ESV zur öAnhörung am 22.04.15_Prävention
21.04.2015

17. April 2015

schriftliche Stellungnahme

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präsventionsgesetz – 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

anlässlich der

öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit
am 22. April 2015

Nachdem bereits mehrere Gesetzgebungsverfahren zur Umsetzung eines Präventionsgesetzes nicht abgeschlossen wurden, nimmt die Bundesregierung mit dem vorliegenden Gesetzentwurf einen erneuten Anlauf, dieses so grundlegende und wichtige Thema in Angriff zu nehmen und die Vorgaben des Koalitionsvertrages entsprechend umzusetzen. Der dbb begrüßt dies ausdrücklich.

Gesundheitspolitik darf sich nicht nur mit der Bekämpfung von Symptomen beschäftigen. Vielmehr müssen Erkrankungen im Vorfeld vermieden werden. Mit dem nun vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention wird ein erster Schritt unternommen, Maßnahmen zur Vermeidung von Erkrankungen einen höheren Stellenwert zuzuschreiben.

Zentraler Motor eines Präventionsgesetzes muss die demografische Entwicklung der nächsten Jahre und Jahrzehnte sein. Bedingt durch eine gestiegene und weiter steigende Lebenserwartung werden die Menschen in der Tendenz länger arbeiten (müssen). Es gilt also, den Präventionsgedanken in der Arbeitswelt zu verankern, um den Beschäftigten zu ermöglichen, länger zu arbeiten, ohne dass vermeidbare gesundheitliche Beeinträchtigungen dies verhindern.

Unabhängig vom Arbeitsmarkt folgen aus dem medizinisch-technischen Fortschritt kostenintensivere Behandlungsmethoden. Volkskrankheiten wie etwa Diabetes Mellitus sind auf dem Vormarsch und werden – ohne ein präventives Gegensteuern mit dem Ziel eines gesundheitsbewussteren Verhaltens – zu unkalkulierbaren Folgekosten für die Träger der Sozialversicherung und damit für die Beitragszahler führen. Dies gilt besonders vor dem Hintergrund des mit dem GKV-Finanzierungsgesetz fixierten Arbeitgeberbeitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung und der damit verbundenen weiteren Abkehr von der paritätischen Finanzierung.

Die Erkenntnis, dass heutige Investitionen in die Gesunderhaltung bzw. die Vermeidung von Erkrankungen letztendlich Ersparnisse von Morgen sind, spiegelt sich im vorliegenden Gesetzentwurf wider. Aus diesem Grund trägt der dbb auch die mit dem Gesetz verbundenen Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von voraussichtlich 240 Millionen Euro pro Jahr mit.

Der dbb fordert seit Jahren in seinen gesundheitspolitischen Stellungnahmen, dem Thema Prävention ein deutlich höheres Gewicht zu verleihen, und begrüßt infolgedessen die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf verfolgte Intention der Förderung präventiver Maßnahmen.

Ausdrücklich unterstützt der dbb die Einbeziehung aller beteiligten Akteure, wie etwa der Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen sowie der Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie.

zu Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

zu § 1 Satz 2 SGB V

Die Gesundheit ist ein hohes Gut, zu deren Erhaltung der Gesetzgeber lediglich die Rahmenbedingungen schaffen kann. Im Endeffekt obliegt es jedoch auch der Eigenverantwortung jedes Einzelnen, ob entsprechende Präventionsangebote und -maßnahmen angenommen werden oder nicht. Der dbb hat sich bereits in zahlreichen zurückliegenden Gesetzgebungsverfahren nicht grundsätzlich gegen eine Stärkung der Eigenverantwortung ausgesprochen, sei es in der Pflegeversicherung oder etwa bei der Grundsicherung für Arbeitssuchende.

Die bisher häufig kritisierte mangelnde Niedrigschwelligkeit der Präventionsangebote wird mit dem vorliegenden Entwurf zumindest in Teilen gemildert. So kann durch die stärkere Fokussierung auf Prävention in den Lebenswelten beispielsweise ein direkter Zugang in den Betrieben oder Schulen und Kindertagesstätten angeboten werden. Im Hinblick auf die Verbesserungen der Rahmenbedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung werden die Krankenkassen künftig verpflichtet, den Unternehmen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anzubieten. Gerade für kleine und mittelständische Unternehmen war bisher der Zugang zu Präventionsangeboten schwierig.

Die diesbezügliche Nutzung der bestehenden Strukturen, wie etwa der gemeinsamen Servicestellen nach §§ 22 und 23 SGB IX, hält der dbb für ausgesprochen sinnvoll.

zu § 20 SGB V

Die in § 20 Abs. 1 SGB V vorgesehene künftige Verpflichtung der Krankenkassen, Leistungen zur Primärprävention sowie Gesundheitsförderung in ihrer Satzung vorzusehen, ist richtig. Bei der Festlegung einheitlicher Handlungsfelder für Leistungen zur primären Prävention durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll gemäß § 20 Abs. 2 Satz 1 SGB V künftig auch externer Sachverstand aus dem ärztlichen, pflegerischen und wissenschaftlichen Bereich einbezogen werden. Der dbb begrüßt dies.

Ebenfalls befürwortet wird die in § 20 Abs. 3 Satz 4 SGB V vorgesehene Verpflichtung, bei der Entwicklung dieser Handlungsfelder auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie entwickelten Arbeitsschutzziele zu berücksichtigen. Dies ist nach Auffassung des dbb ein wichtiger Schritt, um den Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Lebenswelt Arbeit besser zu verzahnen.

Im Hinblick auf den Zugang zu individueller Verhaltensprävention wird den Versicherten in § 20 Abs. 5 Satz 2 SGB V mit der ärztlichen Präventionsempfehlung (gemäß § 25 Abs. 1 SGB V) ein Mittel an die Hand gegeben, bedarfsgerechtere Präventionsmaßnahmen zu erhalten, da der Arzt in der Regel wesentlich besser als die Krankenkasse über die Präventionserfordernisse des Patienten informiert ist und somit deren Bedarfsprüfung erleichtert wird. Auch wenn diese Empfehlung für die Krankenkasse nicht bindend ist, so stellt sie doch eine Möglichkeit dar, das Heranführen an Präventionsmaßnahmen im Rahmen eines Arztbesuches niedrigschwellig zu gestalten.

§ 20 Abs. 5 Satz 3 SGB V nimmt sich ausdrücklich einer Personengruppe an, deren Zugang zu Präventionsmaßnahmen aufgrund ihrer beruflichen oder privaten Rahmenbedingungen besonders erschwert ist. Zu nennen sind hier etwa von Nacht- und Schichtarbeit Betroffene oder beispielsweise pflegende Angehörige. Der dbb begrüßt die vorgesehene Flexibilisierung im Sinne einer wohnortfernen und zeitlich komprimierten Leistungserbringung, da die von dieser Vereinfachung betroffene Personengruppe aufgrund ihrer besonderen Belastungssituation häufig auch ein besonderes Präventionsbedürfnis aufweist. Auch die Möglichkeit einer höheren Bezuschussung zu den übrigen Kosten seitens der Krankenkasse ist aus Sicht des dbb ein richtiger Schritt. Der Maximalbetrag wird von bisher 13 auf nunmehr 16 Euro pro Tag angehoben.

Für verhaltenspräventive Maßnahmen wird in § 20 Abs. 2 SBG V festgelegt, dass die Qualität der entsprechenden Angebote sichergestellt werden muss. Die Erfahrung der Vergangenheit (beispielsweise im Bereich des Dritten Buches Sozialgesetzbuch) hat jedoch gezeigt, dass es dazu einer kontinuierlichen Qualitätskontrolle bedarf. Insofern ist dafür Sorge zu tragen, dass etwaige Zertifizierungen in regelmäßigen Abständen erneuert werden müssen.

Der dbb begrüßt ausdrücklich die deutliche Anhebung der künftig in § 20 Abs. 6 Satz 1 SGB V geregelten Richtwerte für die Präventionsausgaben der Krankenkassen, welche aber durchaus auch überschritten werden können. Hier sieht der dbb Spielraum für sinnvollen Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenkassen.

Die Dynamisierung sowohl des Richtwertes als auch der Mindestbeträge erfolgt, der bereits geltenden Regelung entsprechend, auf Basis der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 Abs. 1 SGB IV. Dies ist zwar konsequent, berücksichtigt jedoch nicht den medizinisch-technischen Fortschritt. Hier wäre eine eigene Dynamisierungssystematik aus Sicht des dbb zielführender.

zu § 20b SGB V

Der dbb unterstützt das Anliegen, die Rolle der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte zu stärken, indem sie in § 20b Abs. 1 Satz 1 SGB V explizit neben den Versicherten und den Verantwortlichen in den Betrieben als Kooperationspartner der Krankenkassen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung aufgeführt werden. Dadurch wird die sachliche Nähe zwischen Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung berücksichtigt und klargestellt, dass die Betriebsärzte als Berater am Prozess zu beteiligen sind.

zu § 23 SGB V

Die Neuregelung des § 23 SGB V, mit der besonders belastete Beschäftigte, wie etwa von Schichtdiensten Betroffene, einen erleichterten Zugang zu ambulanten Vorsorgeleistungen in Kurorten erhalten sollen, ohne dass zuvor entsprechende Leistungen am Wohnort erbracht worden sein müssen, ist durchweg zu begrüßen und entspricht einer langjährigen Forderung es dbb. Darüber hinaus schlägt der dbb vor, Beschäftigten, die bereits mindestens zehn Jahre Schichtdienste geleistet haben, die Möglichkeit zu geben, bei Bedarf alle fünf Jahre eine entsprechende Kur in Anspruch nehmen zu können.

zu den §§ 25 und 26 SGB V

Ausdrücklich begrüßt der dbb den Wegfall der bisher in § 25 Abs. 1 SGB V geregelten vorgegebenen Häufigkeit des Anspruchs auf Gesundheitsuntersuchung (alle zwei Jahre), des erforderlichen Mindestalters von 35 Jahren sowie der Aufzählung von Zielerkrankungen für die Früherkennung. Die Festlegung von Art, Umfang und Häufigkeit der Untersuchungen wird nun gemäß § 25 Abs. 4 SGB V in die Hände des gemeinsamen Bundesausschusses gelegt, der gemäß den in § 92 SGB V geregelten Richtlinien auch die Einzelheiten zur ärztlichen Präventionsempfehlung festlegt. Hierbei stellt § 92 Abs. 1 SGB V sicher, dass den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderung in angemessener Weise Rechnung getragen wird.

Die Ausweitung der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche auf das 18. Lebensjahr ist richtig und wird begrüßt.

zu § 65a SGB V

Der dbb begrüßt, dass die Neuregelung des § 65a SGB V die bereits bestehenden Möglichkeiten, finanzielle Anreize für die Teilnahme an präventiven Maßnahmen zu gewähren, nun verpflichtend regelt. Entsprechend unterstützt der dbb die in § 65a Abs. 2 SGB V eingefügte Umwandlung der Kann- in eine Soll-Regelung hinsichtlich der Bonifikation von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Eine alleinige Beschränkung auf Geldleistungen wäre aus Sicht des dbb nicht zielführend. Die derzeit von einigen Krankenkassen praktizierte Bonifizierungspraxis in Form von erhöhten Zuschüssen für gesundheitsbezogene Leistungen, die vom Leistungskatalog und den satzungsgemäßen Leistungen nicht abgedeckt sind, hält der dbb für sinnvoller als die alleinige Auskehrung von Euro-Beträgen. Allerdings verkennt der dbb nicht, dass von monetären Leistungen unter Umständen ein stärkerer Anreiz ausgeht. Der dbb hatte diesbezüglich in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf vorgeschlagen, in § 65a Abs. 1 Satz 1 SGB V hinter dem Wort *Geldleistung* die Worte „oder einen Zuschuss für Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Angebote“ einzufügen. Die nun gewählte Beschränkung auf den Begriff „Boni“ verbunden mit der Streichung des Wortes „Geldleistungen“ setzt den Vorschlag des dbb zielführend um.

Die in § 65a Abs. 2 SGB V vorgesehene Möglichkeit, Geldleistungen für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zumindest teilweise auch an Arbeitgeber auszukehren, sollte vor dem Hintergrund des ureigenen Arbeitgeberinteresses an der Gesunderhaltung seiner Belegschaft zumindest hinterfragt werden.

zu Artikel 5: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

zu § 18 SGB XI

Die neu eingeführte Vorgabe, im Zuge des Begutachtungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ebenfalls eine Feststellung über einen eventuell vorhandenen Beratungsbedarf hinsichtlich primärpräventiver Leistungen durchzuführen, begrüßt der dbb. Ebenso sinnvoll ist die inhaltliche Ausweitung der durch die Pflegekassen und privaten Pflegeversicherungen anzubietenden Pflegekurse gemäß § 45 SGB XI für Angehörige und Ehrenamtliche auf Früherkennung persönlicher Belastungen der Pflegenden.

Fazit

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden präventive Maßnahmen zweifelsohne gestärkt. Dies ist richtig. Die Krankenkassen werden verpflichtet, satzungsgemäß Präventionsleistungen anzubieten. Die erstmalige Installation von Mindestbeträgen für betriebliche Gesundheitsförderung sowie für Leistungen zur primären Prävention in den Lebenswelten ist aus Sicht des dbb ein wichtiger Schritt, Prävention der gesamten Bevölkerung zugänglich zu machen. Die Einführung und Weiterentwicklung eines systematischen betrieblichen Gesundheitsmanagements ist auch im öffentlichen Dienst zu fördern.

Zwar fällt im vorliegenden Gesetzentwurf in § 2b SGB V auch der Begriff der genderspezifischen Prävention, diese könnte aus Sicht des dbb allerdings noch stärker mit Leben erfüllt werden. Frauen legen größeren Wert auf Gesundheitsprävention als Männer und nehmen Vorsorgeuntersuchungen regelmäßiger wahr. Sie haben andere Präventionsnotwendigkeiten als Männer. Beide Geschlechter müssen mit angemessener Gewichtung in die Präventionsüberlegungen entsprechend ihren besonderen Bedarfen einbezogen werden. Aus Sicht des dbb sollten niedrigschwellige Präventionsangebote speziell für Männer stärker in den Fokus gerückt werden. Zum dazu notwendigen gendergerechten Datenüberblick kann auch die Erfassung gesundheits- und geschlechtsspezifischer Daten im Rahmen von Präventionsprogrammen erheblich beitragen. Auch in diesem Zusammenhang begrüßt der dbb die vorgesehene Evaluation gemäß § 20d SGB V ausdrücklich.

Prävention ist ein gesamtgesellschaftliches Thema. Dabei griffen bisherige Gesetzentwürfe mit der Beschränkung auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu kurz. Mit dem Entwurf soll nun diesbezüglich Abhilfe geschaffen werden. Die stärkere Einbindung der privaten Kranken- und Pflegeversicherung hält der dbb für richtig und erwartet, dass die PKV im Interesse ihrer Versicherten parallele Angebote entwickeln wird.