

An den Vorsitzenden des Ausschusses für
Gesundheit und Soziale Sicherung des
Deutschen Bundestages
Herrn Klaus Kirschner
Platz der Republik 1
11011 Berlin

03.03.05/ar

Betreff: Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e. V. zum
Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0816(23)
vom 03.03.2005
15. Wahlperiode**

Sehr geehrter Herr Kirschner,

anbei übersenden wir Ihnen die Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für
Behinderte e. V. zum Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention.

Mit freundlichen Grüßen



(Christoph Nachtigäller)

Geschäftsführer

Anlage

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (BAGH) zum Kabinettsentwurf eines Präventionsgesetzes

(Stand 2. Februar 2005)

I. Allgemeine Bewertung des Gesetzentwurfs

Der vorliegende Gesetzentwurf verfolgt das Ziel einer umfassenden Stärkung der gesundheitlichen Prävention. Dabei soll insbesondere die Entstehung chronischer Erkrankungen verhindert werden. Der Gesetzentwurf zielt nach seiner Begründung darauf ab, den Lebensstil der Bürgerinnen und Bürger für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu öffnen. Hier sieht der Gesetzgeber ein großes Präventionspotential, wenn Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention so ausgerichtet werden, dass unter Beteiligung aller Akteure konkrete Zielgruppen in der Bevölkerung lebensweltbezogen erreicht werden.

Ferner bezweckt der Gesetzentwurf eine strukturelle Neuorientierung der Prävention durch eine Vereinheitlichung von Definitionen und Leistungsbeschreibungen und durch eine verstärkte Koordinierung der Sozialleistungsträger in diesem Bereich. Diese verstärkte Koordinierung soll auch organisatorische Maßnahmen, wie die Gründung der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung, und durch strukturierte Zielbildungsprozesse erfolgen.

Schließlich sieht der Gesetzentwurf auch eine Neuregelung der Selbsthilfeförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen vor.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (BAGH) unterstützt als Dachverband von derzeit 90 Bundesorganisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und von 14 Landesarbeitsgemeinschaften ausdrücklich das Vorhaben des Gesetzgebers, die gesundheitliche Prävention zu stärken und zu einer weiteren echten Säule des Gesundheitswesens auszubauen. Die BAGH unterstützt ebenfalls ausdrücklich das Vorhaben des Gesetzgebers, die bislang unzureichende Umsetzung der Selbsthilfeförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen durch eine Neuregelung der Fördervorgaben zu verbessern.

Allerdings ist die BAGH der Auffassung, dass der bislang vorliegende Gesetzentwurf das Ziel des Gesetzes nicht verwirklichen kann, weil

- der Gesetzentwurf den gesetzgeberischen Verbesserungsbedarf im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention weitgehend ausblendet,

- die Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen, die wichtiger Bestandteil der Neuregelungen der Sozialgesetzbücher IX und V waren, bislang nicht auf das Bundespräventionsgesetz übertragen wurden und
- nicht alle Möglichkeiten einer Stärkung der trägerübergreifenden Selbsthilfeförderung genutzt wurden:

a)

Der vorliegende Gesetzentwurf befasst sich vorwiegend mit der Primärprävention, berücksichtigt aber das Feld der **Tertiärprävention** viel zu wenig. Gerade im Zusammenhang mit den vielfältigen Leistungseinschnitten der gegenwärtig umgesetzten Gesundheitsreform ist es nicht zu verstehen, dass auch mit diesem Gesetzentwurf die besondere Situation chronisch kranker und behinderter Menschen vom Gesetzgeber nicht hinreichend berücksichtigt werden.

Solange nicht alle Möglichkeiten der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention im Gesundheitswesen ausgeschöpft sind und solange es gerade bei der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen zu massiven Fehlversorgungen kommt, wird es keine umfassende Stärkung der gesundheitsbezogenen Prävention in Deutschland geben.

Dies wäre für das deutsche Gesundheitswesen fatal, weil in den fortgeschrittenen Industrienationen die angemessene Versorgung chronisch kranker und behinderte Menschen die wichtigste und größte Herausforderung für das Gesundheitswesen ist. Hieraus hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen mit Nachdruck in seinem Gutachten 2001 zu Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit hingewiesen und zahlreiche Beispiele für die Defizite im Bereich der Tertiärprävention in Deutschland aufgezeigt.

b)

Ferner ist zu kritisieren, dass der vorliegende Gesetzentwurf den bereits erfolgten Paradigmenwechsel der **Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen**, der mit dem SGB IX und mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeleitet wurde, gar nicht nachvollzieht. Dies ist deshalb unverständlich, weil gerade eine erfolgreiche Präventionspolitik unabdingbar auf die Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger angewiesen ist.

Gerade die Selbsthilfeorganisationen behinderter und chronisch kranker Menschen bieten eine wichtige soziale Struktur, die es erlaubt, Präventionsprogramme auch nachhaltig in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger umzusetzen. Menschen, die in der gesundheitlichen Selbsthilfe engagiert sind, weisen der gesundheitlichen Prävention eine zentrale Bedeutung zu, was auch für das Gesundheitssystem insgesamt einen unschätzbaren Nutzen hat. In diesem Bereich ist der vorliegende Gesetzentwurf aus Sicht der BAGH grundlegend zu überarbeiten.

c)

Im Bereich der **Selbsthilfeförderung** sieht der Gesetzentwurf eine höchst begrüßenswerte Neuregelung der Selbsthilfeförderung durch die gesetzliche Krankenversicherung, und eine begriffliche Präzisierung bei der Fördervorschrift für die gesetzliche Rentenversicherung,

versäumt es aber, § 29 SGB IX als eine rehabilitationsträgerübergreifende Anspruchsnorm zu präzisieren, was eine notwendige Erweiterung der Förderdimensionen ermöglichen würde.

Im Einzelnen ist zu dem vorliegenden Gesetzentwurf im Hinblick auf die Vereinheitlichung von Definitionen und die Beschreibung von Maßnahmen, Zielen und Leistungen (II), im Hinblick auf die Verteilung der Mittel und die geplante Aufgabenverteilung der verschiedenen Institutionen (III), im Hinblick auf die die geplante inhaltliche Ausrichtung der gesundheitlichen Prävention (IV) und im Hinblick auf die Neuregelung der Vorschriften zur Selbsthilfeförderung (V) folgendes auszuführen:

II. Definitionen und Beschreibungen von Maßnahmen, Zielen und Leistungen (Art. 1 Bundespräventionsgesetz, BPrävG)

Definitionen

Aus Sicht der BAGH ist es zu begrüßen, dass der Zweck des Bundespräventionsgesetzes in § 1 BPrävG so umfassend bestimmt wird, dass nicht nur dem Auftreten von Krankheiten entgegengewirkt werden soll, sondern dass auch die Verschlimmerung von Krankheiten, die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit, der Eintritt einer Behinderung, der Eintritt von Pflegebedürftigkeit sowie deren Verschlimmerung vermieden oder verzögert werden sollen.

Konsequenterweise wird in § 2 BPrävG ein umfassender Begriff der „gesundheitlichen Prävention“ definiert, der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention umfasst. Neben dem ebenfalls definierten Begriff der Gesundheitsförderung soll dieser Begriff für alle Sozialgesetzbücher gelten. Problematisch ist jedoch aus Sicht der BAGH, dass im Hinblick auf die tertiäre Prävention keine klare Abgrenzung zum Begriff der Rehabilitation vorgenommen wurde. Hier drohen Schnittstellenprobleme und Kompetenzstreitigkeiten zwischen den sozialen Präventionsträgern bzw. zwischen den Rehabilitationsträgern, was nach aller Erfahrung zu schwerwiegenden Belastungen für die Patientinnen und Patienten führt. Außerdem ist die Kompatibilität zwischen dem Begriff der „Prävention von Behinderungen“ im neunten Buch des Sozialgesetzbuchs und dem Begriff der „tertiären Prävention“ in § 2 Nr. 3 BPrävG nicht hinreichend gewährleistet.

Zieht man in Betracht, dass mit dem BPrävG eine grundlegende Begriffsvereinheitlichung über die Grenzen der verschiedenen Sozialgesetzbücher hinweg erreicht werden soll, dann besteht schon auf der Ebene der Grunddefinition Nachbesserungsbedarf.

Maßnahmen, Ziele und Leistungen im Rahmen der gesundheitlichen Prävention

Das geplante Bundespräventionsgesetz ist so strukturiert, dass nach den grundlegenden Definitionen zunächst Maßnahmen beschrieben werden (§ 3), dass dann der Vorrang der Prävention und die Rolle der Eigenverantwortlichkeit festgehalten werden (§§ 4,5), ehe Vorschriften zu den Verantwortlichkeiten der sozialen Präventionsträger von Bund, Ländern und Kommunen (§§ 6, 78) sowie Regelungen zur Gesundheitsberichterstattung (§ 9) und die Regelung zu Präventionszielen (§ 11), Präventionsprogrammen (§ 12) und konkreten Leistungen (§§ 13 ff, 15 ff) folgen.

Aus Sicht der BAGH wäre es wünschenswert, wenn zunächst einmal der Vorrang der gesundheitlichen Prävention und die Frage der Erarbeitung von Präventionszielen behandelt würden, ehe dann Vorgaben zu Maßnahmen, Verantwortlichkeiten und Präventionsprogrammen und Leistungen folgen. Eine derartige Struktur würde das tatsächliche methodische Vorgehen im Bereich der Präventionspolitik wesentlich besser beschreiben.

Im Einzelnen ist zum ersten bis zum sechsten Abschnitt des geplanten Bundespräventionsgesetzes folgendes auszuführen:

aa)

Es ist zu begrüßen, dass in § 3 Abs. 4 Nr. 5 ausdrücklich hervorgehoben wird, dass die Angebote der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe eine wichtige Maßnahme im Bereich der tertiären Prävention sind.

Aus Sicht der BAGH ist aber ergänzend hinzu zu fügen, dass die Beratungs- und Aufklärungsangebote der Selbsthilfe ebenfalls den Bereich der primären und der sekundären Prävention betreffen können. Beispielhaft seien hier die Beratungsangebote der Elternverbände chronisch kranker Kinder und Jugendlicher zum Neugeborenen-screening zu nennen.

bb)

Die BAGH begrüßt, dass in § 4 BPrävG erstmals deutlich der Vorrang der gesundheitlichen Prävention in allen Bereichen des Versorgungsgeschehens festgeschrieben wird.

cc)

Ebenfalls zu begrüßen ist, dass in § 6 BPrävG eine Kooperationsverpflichtung von Bund, Ländern, Kommunen und den Trägern von Leistungen zur gesundheitlichen Prävention festgelegt wird und dass in Abs. 2 der Vorschrift ein Sicherstellungsauftrag festgelegt wird.

Ergänzungsbedürftig ist § 6 BPrävG aus Sicht der BAGH dahingehend, die Angebote der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe gemäß § 3 Abs. 4 Ziffer 5 BPrävG von den sozialen Präventionsträgern zu unterstützen sind. Zum einen sind derartige Unterstützungspflichten bereits in einigen Sozialgesetzbüchern festgehalten. Zum anderen ist es aus Sicht der BAGH aufgrund der großen Bedeutung des Selbsthilfe im Bereich der gesundheitsbezogenen

Prävention, insbesondere im Bereich der tertiären Prävention, nicht nur wünschenswert, sondern auch geboten, ein solches Unterstützungsgebot im Gesetz zu verankern.

dd)

Im Hinblick auf die Informationsgrundlagen für gesundheitliche Prävention (§ 9) ist zu bemängeln, dass die Erfahrungen der Selbsthilfeorganisationen behinderter und chronisch kranker Menschen mit dem gesundheitsbezogenen Versorgungsgeschehen nicht explizit als Erkenntnisquelle herangezogen werden. Dies ist vor allem deshalb zu bedauern, weil sich § 9 BPrävG auch auf die tertiäre Prävention bezieht, wo diese Erkenntnisse der Selbsthilfe von besonderer Bedeutung sind.

Dieser Mangel ist umso erstaunlicher, als bereits im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes das Heft 23 „Selbsthilfe im Gesundheitsbereich“ der Hefreihe des Robert-Koch-Instituts und des Statistischen Bundesamtes erschienen ist: Dort werden u. a. Wirkungen, Funktionen und Leistungen von Selbsthilfe im Gesundheitsbereich dargestellt. Damit ist erfreulicherweise ein erster Ansatz zur Einbeziehung der Selbsthilfe in die Gesundheitsberichterstattung gefunden worden. Dies sollte sich auch in § 9 des BPrävG niederschlagen.

ee)

Ganz grundsätzlich ist zu bemängeln, dass sich lediglich die ersten beiden Abschnitte des BPrävG auf die gesundheitliche Prävention in einem umfassenden Sinne beziehen, während sich die folgenden Abschnitte auf Ausführungen zur primären Prävention und zur Gesundheitsförderung beschränken. Dadurch dass Sekundär- und Tertiärprävention in dem Gesetzentwurf weitgehend unberücksichtigt, wird das umfassende Ziel des Gesetzes (vgl. § 1 BPrävG) nicht weiterverfolgt und umgesetzt.

Dies ist aus Sicht der BAGH nicht hinnehmbar, da eine Reduzierung der Präventionsgesetzgebung auf die primäre Prävention die Lage der chronisch kranken und behinderten Menschen gänzlich unberücksichtigt lässt. Mit einem derart unvollständigen Ansatz wird die Prävention jedenfalls nicht zu einer echten Säule des Gesundheitswesens werden.

ff)

Aus Sicht der BAGH ist es grundsätzlich sinnvoll, dass in den §§ 11 ff BPrävG ein koordiniertes Vorgehen von Bund, Ländern, Kommunen und sozialen Präventionsträgern vorgesehen wird. Auch die Erarbeitung von Präventionszielen ist eine notwendige methodische Grundlage für eine erfolgreiche Präventionspolitik, die wir begrüßen.

Aus Sicht der BAGH bestehen hinsichtlich der im Gesetzentwurf konkret geplanten Regelung jedoch verschiedene Bedenken:

- Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass in verschiedenen Expertenkreisen seit langem allgemeine Präventionsziele erarbeitet wurden. Diese Ziele waren stets sehr abstrakt formuliert und daher weitgehend konsensfähig. Hinsichtlich der Zielfindung im Bereich der Prävention wurden somit bereits erhebliche Vorarbeiten geleistet.

Aus diesem Grunde ist aus Sicht der BAGH das in § 11 BPrävG vorgesehene Zielfindungsverfahren als sehr aufwändig anzusehen. Es birgt die Gefahr überflüssiger Zeitverzögerungen.

- Andererseits ist in § 11 Abs. 7 SGB V die vorübergehende Orientierung am Abschlussbericht von „gesundheitsziele.de“ vorgesehen. Dies ist aus Sicht der BAGH ebenfalls problematisch, da die Themenpriorisierung bei „gesundheitsziele.de“ nicht vor dem Hintergrund der nationalen Präventionspolitik erfolgte, sondern den beschränkten Ressourcen eines Modellprojektes Rechnung tragen musste. Die alleinige Orientierung am Abschlussbericht „gesundheitsziele.de“ birgt daher die Gefahr, dass die gebotene Themenvielfalt bei der Zielbestimmung nicht hinreichend berücksichtigt wird. Stattdessen wäre es wünschenswert, wenn das Forum Prävention und Gesundheitsförderung damit beauftragt würde, innerhalb einer relativ kurzen Frist die vorhandenen Expertisen zur Zielfindung im Bereich der Prävention zu analysieren und einen entsprechenden Zielekatalog vor zu legen.
- Problematisch ist aus Sicht der BAGH, dass nach § 12 Abs. 3 iVm § 18 Abs. 1 Nr. 1 BPrävG Entscheidungsgremien auf Landes- und auf kommunaler Ebene autonome Zielfindungsprozesse organisieren können. Dies birgt die Gefahr der Zersplitterung der Präventionspolitik und daraus folgend die Gefahr, dass der Bevölkerung keine klare Richtschnur für präventionsförderliches Verhalten bzw. für die präventionsförderliche Gestaltung von Lebenswelten mehr vor Augen hat.

Besonders problematisch ist aus Sicht der BAGH, dass die Bürgerinnen und Bürger nach den Vorgaben der §§ 11 ff nicht hinreichend an den Zielfindungsprozessen beteiligt werden sollen. Dies ist jedoch in jedem Fall geboten, wenn die künftige Präventionspolitik daran ausgerichtet werden soll, die Bürgerinnen und Bürger in ihren Lebenswelten „abzuholen“. Aus Sicht der BAGH ist daher zumindest eine ausdrückliche Beteiligung der Selbsthilfe an der Vorbereitung von Empfehlungen und Vorschlägen nach § 11 Abs. 5 SGB V zu fordern. Wir haben es hier – und zwar bei einem sehr entscheidenden Regelungsbereich – mit einem bedeutsamen Beispiel fehlender Patientenbeteiligung und Bürgerbeteiligung zu tun: In der Struktur der Stiftung fehlt die Beteiligung weitgehend – so ist weder einer Mitwirkung im Stiftungsrat noch die Bildung eines Patientenbeirats vorgesehen. Es ist noch nicht einmal eine obligatorische Mitwirkung im Kuratorium der Stiftung erkennbar. Auch außerhalb des institutionellen Rahmens der Stiftung lässt das Gesetz Vorschriften zur Patientenbeteiligung, hier zur Mitarbeit an den Findungsprozessen der Gesundheitsziele vermissen.

gg)

Hinsichtlich der Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung (§§ 15 ff) ist es aus Sicht der BAGH sehr zu begrüßen, dass neben der Verhaltensprävention und der Leistungen zur primären Prävention durch Ärztinnen und Ärzte bzw. auf ärztliche

Veranlassung auch die Prävention in Lebenswelten einen festen Stellenwert bekommt. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass der Begriff des „Trägers der Lebenswelt“ in § 17 Abs. 1 BPrävG bislang nicht hinreichend definiert und generell nicht sehr geclückt ist:

Der Begriff „Träger“ wird im Gesundheits- und Sozialwesen durchgängig im Sinne von Sozialleistungsträgern, Kostenträgern oder Maßnahmeträgern, z.B. Anbietern von sozialen Dienstleitungen, verwandt.

„Lebenswelten“ sind aber tatsächlich zu umschreibende Gegebenheiten, die keinen rechtlichen „Träger“ haben.

Außerdem wäre es aus Sicht der BAGH zu begrüßen, wenn in § 17 Abs. 2 angefügt würde „sowie der Selbsthilfe“.

Soweit in § 18 BPrävG die Organisation der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten geregelt wird, ist aus Sicht der BAGH anzumerken, dass gerade an dieser Stelle auch die Selbsthilfeorganisationen behinderter und chronisch kranker Menschen beteiligt werden sollen. Im Hinblick auf die Verhaltensprävention ist es aus Sicht der BAGH zu begrüßen, dass dies nun nicht mehr allein eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch der Renten- und Pflegeversicherung ist. Im Hinblick auf die Regelung zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention in § 21 BPrävG ist aus Sicht der BAGH unverständlich, warum nicht zumindest an dieser Stelle die Bereiche der Sekundär- und Tertiärprävention thematisiert werden. Gerade im Hinblick auf die Tertiärprävention sind zumindest Modellvorhaben unter Beteiligung der Selbsthilfe dringend angezeigt.

In § 21 Abs. 1 Satz 2 sollte daher hinter dem Wort „Sozialhilfe“ die Formulierung „und der Selbsthilfe“ eingefügt werden.

III. Verteilung der Mittel und Aufgabenverteilung der verschiedenen Institutionen

Mit § 23 BPrävG werden erhebliche Mittel der Sozialversicherungsträger dem Bereich der gesundheitsbezogenen Prävention zugeordnet. Gleichzeitig wird die Mittelverwendung gemäß § 18 BPrävG gemeinsamen Entscheidungsgremien zugewiesen, in denen auch die öffentliche Hand entscheidungsbeteiligt ist. Da insbesondere im Bereich der Selbsthilfeförderung seit geraumer Zeit ein schleichender Rückzug der öffentlichen Hand aus dem Fördergeschehen zu beobachten ist, ist aus Sicht der BAGH sorgsam zu prüfen, ob nicht mit der vorgesehenen Regelung Zahlungsverpflichtungen der Sozialversicherungsträger ohne ausreichende Steuerungsmöglichkeiten für diese Träger geschaffen werden. Bedenklich ist insoweit, dass gem. § 18 Abs. 5 BPrävG das Recht zur Ersatzvornahme einer Rahmenvereinbarung bei der jeweiligen Landesregierung liegen soll.

Die BAGH weist darauf hin, dass eine derartige Regelung nicht zu einem Verschiebepbahnhof zulasten der Sozialversicherungsträger werden darf.

Hinsichtlich der Aufgabenverteilung der verschiedenen Institutionen ist aus Sicht der BAGH zu betonen, dass die Beteiligung der Patientinnen und Patienten an den vorgesehenen Entscheidungsverfahren bislang in einer völlig unzureichenden Art und Weise erfolgt ist.

Der vorliegende Gesetzentwurf versäumt es gänzlich, den mit dem SGB IX und dem GKV-Modernisierungsgesetz (§§ 140f ff SGB V) erfolgten Paradigmenwechsel einer Einbindung der Patientinnen und Patienten in das Versorgungsgeschehen nachzuvollziehen. Dies ist aus Sicht der BAGH völlig unverständlich, zumal gerade im Bereich von gesundheitlicher Prävention und Gesundheitsförderung die grundlegende Einbindung der Bürgerinnen und Bürger in die Ausgestaltung der Präventionsprogramme und Modellvorhaben von essentieller Bedeutung für deren Erfolg ist. Im Einzelnen ist daher folgendes zu kritisieren:

- a) Unverständlich ist, dass gemäß § 6 des Präventionsgesetzes (= Artikel 2 Präventionsgesetz) eine Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen behinderter und chronisch kranker Menschen im Stiftungsrat der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung nicht vorgesehen ist. Eine solche Beteiligung ist jedoch aus Sicht der BAGH unter dem Aspekt der Patientenbeteiligung in jedem Fall angezeigt.
- b) Auch die Verteilung der Sitze im Kuratorium der Stiftung gem. § 7 PrävStiftG ist aus Sicht der BAGH nicht nachvollziehbar. Zwar ist es zu begrüßen, dass im Kuratorium Vertreter des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung vorgesehen sind. Es ist aber nicht zu verstehen, warum die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die Bundesärztekammer, der DGB und der BDA eigene Sitze erhalten sollen, obwohl auch sie Mitglieder im Deutschen Forum sind. Wesentlich sachgerechter wäre es, alle 16 Sitze des Kuratoriums dem deutschen Forum zuzuweisen.
- Sollte dies nicht möglich sein, dann beansprucht die BAGH in jedem Fall ebenfalls einen eigenen Sitz im Kuratorium, um die Vertretung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Eine entsprechende Regelung findet sich beispielsweise bereits hinsichtlich der Besetzung des Kuratoriums für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.
- Ferner ist nochmals darauf hinzuweisen, dass aus Sicht der BAGH über eine Beteiligung im Kuratorium hinaus eine Mitwirkung im Stiftungsrat bzw. die Schaffung eines Patientenbeirates im Rahmen der Stiftung angezeigt ist.

Auch bei den Regelungen zu den Rahmenvereinbarungen nach § 18 BPrävG und bei den Kooperationsvereinbarungen nach § 21 Abs. 1 Satz 2 BPrävG zu den Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention ist eine Beteiligung der BAGH in jedem Falle angezeigt, um eine adäquate Patientenbeteiligung zu gewährleisten.

IV. Inhaltliche Ausrichtung der gesundheitlichen Prävention

- 1) Die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung nimmt nach dem vorliegenden Gesetzentwurf eine wichtige Rolle bei der Erarbeitung der Präventionsziele (§ 11 Abs. 1 BPrävG), bei der Vorbereitung von Strategien zur Umsetzung der Präventionsziele (§ 11 Abs. 2 BPrävG), bei der Durchführung von Präventionsprogrammen (§ 12 BPrävG) bei der Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention sowie bei der Koordinierung der Modellvorhaben der sozialen Präventionsträger (§ 22 BPrävG) zu.
- Es ist daher aus Sicht der BAGH völlig unverständlich, dass in der Aufzählung der Zwecke der Stiftung in § 2 Abs. 2 PrävStiftG die Berücksichtigung von Qualitätsstandards der Leistungen zur sekundären und tertiären Prävention gänzlich fehlt. Auch dies zeigt, dass die inhaltliche Ausrichtung der gesundheitsbezogenen Prävention nach dem bislang vorliegenden Gesetzentwurf ausschließlich an der Primärprävention orientiert ist. Dies ist aus Sicht der BAGH völlig unzureichend.
- 2) Aus Sicht der BAGH krankt der bislang vorliegende Gesetzentwurf auch an einer unzureichenden Koordinierung der Präventionsaktivitäten der verschiedenen sozialen Präventionsträger. Zwar sind nach § 18 BPrävG gemeinsame Gremien zur Organisation der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten vorgesehen. Entsprechendes fehlt aber hinsichtlich der Aktivität im Bereich der Verhaltensprävention (§ 15 BPrävG). Auch die Gremien nach § 18 BPrävG sind untereinander offenbar nicht vernetzt.

Ferner bleibt auch das Vernetzungspotential des Forums Prävention und Gesundheitsförderung völlig ungenutzt. Lediglich im Bereich der Modellvorhaben nach § 21 BPrävG soll die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung gewisse Koordinierungsaufgaben übernehmen.

Dies wird jedoch nicht ausreichend sein, um eine abgestimmte und zukunftsfähige Präventionspolitik in Deutschland zu betreiben.

V. Neuregelung der Selbsthilfeförderung

Die BAGH begrüßt mit Nachdruck die Neuregelung der Selbsthilfeförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen in einer eigenständigen Rechtsvorschrift (§ 20 d SGB V).

Auch inhaltlich findet das Vorhaben des Gesetzgebers die volle Zustimmung der BAGH, die Förderverpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr nur als Soll-Vorschrift,

sondern als zwingende Norm auch hinsichtlich der gesetzlich vorgesehenen Fördersumme festzulegen. Nachdem die gesetzlichen Krankenkassen ihrer Förderpflicht nach § 20 Abs. 4 SGB V a.F. mehrere Jahre lang nicht in dem gesetzlich vorgesehenen Umfang nachgekommen sind, ist es dringend notwendig, den verbindlichen Charakter der Förderverpflichtung rechtlich zu unterstreichen.

Die BAGH begrüßt es sehr, dass nunmehr auf allen Ebenen der Förderung Gemeinschaftsfonds der Krankenkassen vorgesehen sind. Die Selbsthilfeförderung ist als eine Förderung von Strukturen des Versorgungsgeschehens prinzipiell nicht geeignet, den Strategien des Kassenwettbewerbs zu unterliegen. Hier muss die Förderung „aus einem Guss“ einheitlich erfolgen. Die BAGH unterstützt allerdings auch das Vorhaben des Gesetzgebers, den gesetzlichen Krankenkassen weiterhin die Möglichkeit zu geben, in einem Teilbereich in eigener Regie Vorhaben der Selbsthilfe zu fördern („Schwerpunktförderung“). Hierdurch soll ein Anreiz gesetzt werden, die Kreativität und Innovationsfreudigkeit einzelner Kassen zu unterstützen, die in besonders intensiver Art und Weise die Kooperation mit der Selbsthilfe suchen.

Hinsichtlich der Schaffung der Gemeinschaftsfonds sind aus Sicht der BAGH im Detail noch folgende Ergänzungen erforderlich:

aa)

Im Gesetz muss festgelegt sein, zu welchem Prozentsatz die Krankenkassen auf welcher Förderebene Mittel in die Förderfonds einzahlen. Ohne eine Gleichförmigkeit und ohne Transparenz wird das Fondssystem nicht funktionieren, da dann nie klar ist, in welchem Fonds wie viel Geld zur Verfügung steht und da dann von allen Beteiligten über Fördermittel entschieden wird, obwohl u.U. nur einige wenige Kassen überhaupt in relevantem Umfang Mittel in die Fonds eingestellt haben. Die Vertreter der Selbsthilfe haben seit Jahren einvernehmlich die Auffassung vertreten, dass die Fördermittel nach dem Schlüssel 25% Förderung der Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene, 25 % Förderung der Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene, 25 % Förderung der Selbsthilfegruppen auf örtlicher Ebene und 25 % der Förderung für die Selbsthilfekontaktstellen verteilt werden sollen. Dies ist im Ansatz auch in den Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Vertreter der Selbsthilfe zur Verbesserung der Umsetzung des § 20 Abs. 4 SGB V vom Mai 2004 aufgegriffen worden. Dort ist nämlich festgehalten, dass die Förderung grundsätzlich auf allen Ebenen der Förderung als gleichrangig anzusehen ist. Trotzdem konnten sich die gesetzlichen Krankenkassen bislang nicht auf einen entsprechenden Förderschlüssel verständigen. Die BAGH hat große Bedenken, dass dies auch im Hinblick auf die geplante Regelung des § 20 d SGB V nicht möglich sein wird. Daher befürwortet die BAGH eine entsprechende gesetzliche Regelung der Förderquoten, zumindest aber die Ergänzung der Vorschrift um eine Regelung zur Ersatzvornahme durch das BMGS nach Ablauf einer Frist von 6 Monaten.

bb)

Ein weiteres Bedenken der BAGH betrifft die Ausführungen in der Gesetzesbegründung, wonach die künftigen Gemeinschaftsfonds auch „virtuell“ eingerichtet werden können. Die BAGH ist der Auffassung, dass eine kassenübergreifende Förderung nur dann unter Beteiligung der Selbsthilfe auf allen Ebenen mit Leben erfüllt wird, wenn sich die Gemeinsamkeit nicht nur im buchungstechnischen Vorgängen erschöpft. Daher sollten reale Fonds gebildet werden, die auch klare haushaltsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Die BAGH weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die nach § 20 Abs. 4 SGB V a.F.

gesetzlich vorgesehene Fördersumme vor allem deshalb nicht verausgabt wurde, weil die entsprechenden Mittel oft gar nicht in die Haushalte der Krankenkassen eingestellt wurden.

cc)

Hinsichtlich der vorgesehenen Aufspaltung der Mittel in Fondsgelder und in Gelder, die die Krankenkassen in eigener Regie verausgaben können, weist die BAGH schließlich darauf hin, dass eine solche Aufspaltung auf örtlicher Ebene zu einer weiteren Vervielfachung der Ansprechpartner auf der Kassenseite führen könnte. Dies würde die Selbsthilfegruppen vor Ort weiter überfordern. Daher tritt die BAGH dafür ein, dass vor allem auf örtlicher Ebene die Krankenkassen verpflichtet werden, das Förderverfahren über einen Ansprechpartner für alle Kassen abzuwickeln.

dd)

Ferner weist die BAGH darauf hin, dass bei § 20 d Abs. 3 Satz 3 SGB V die Formulierung „aus der Gemeinschaftsförderung“ gestrichen werden sollte, da anderenfalls der Eindruck entstehen könnte, dass sich die Beteiligung der Vertreter der Selbsthilfe lediglich auf die Mittel der Gemeinschaftsförderung beziehe. Diese Beteiligung muss sich jedoch auf die Vergabe aller Mittel aus § 20 d SGB V beziehen, was wohl unstrittig sein dürfte.

Ogleich in der Begründung des Gesetzentwurfs bereits deutlich hervorgehoben wird, dass die Norm des § 20 d SGB V auch den erhöhten Bedarf der Selbsthilfe abdecken soll, der mit den neuen Aufgaben der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen verbunden ist (§ 140 f SGB), sollte dies aus Sicht der BAGH möglichst auch in der Norm selbst Erwähnung finden. Aus Sicht der BAGH ist es von außerordentlicher Bedeutung, dass durch die Selbsthilfeförderung auch die Arbeit unterstützt wird, die durch die Selbsthilfe bei der Mitgestaltung des Versorgungsgeschehens im Wege der Patientenbeteiligung geleistet wird.

Die BAGH weist abschließend darauf hin, dass auch im Bereich der Selbsthilfeförderung das sog. Wohnortprinzip eingeführt werden sollte, da sonst die Selbsthilfestrukturen in den neuen Bundesländern benachteiligt werden. Die Regelung des § 23 Abs. 3 Bundespräventionsgesetz sollte daher auch in § 20 d SGB V n.F. aufgenommen werden.

Die BAGH begrüßt, dass die Vorschrift zur Selbsthilfeförderung durch die gesetzliche Rentenversicherung (§ 31 Abs. 1 Satz 1 SGB VI) nunmehr explizit die Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen benennt. Die BAGH ist allerdings der Auffassung, dass auch eine entsprechende Aufstockung des Fördervolumens in jedem Fall angezeigt ist.

Enttäuschend ist schließlich aus Sicht der BAGH, dass die Vorschrift des § 29 SGB IX im vorliegenden Gesetzentwurf eine inhaltliche Einschränkung erfahren hat und nicht parallel zu § 20 d SGB V umgestaltet wurde.

Die BAGH fordert mit Nachdruck, dass § 29 SGB IX dringend zu einer rehabilitationsträgerübergreifenden Anspruchsnorm auszubauen ist. Unverständlich ist in diesem Zusammenhang, dass der Gesetzgeber das völlig unzureichende Ergebnis der Beratungen zur Empfehlung der Rehabilitationsträger auf der Ebene der BAR nach § 13 SGB IX zur Selbsthilfeförderung nicht zum Anlass genommen hat, diesen Bereich neu zu regeln.

Die BAGH tritt nach wie vor dafür ein, dass ein rehabilitationsträgerübergreifendes System der Selbsthilfeförderung auf der Basis abgesicherter Fördertöpfe und guter Kooperationsstrukturen unter Beteiligung der Selbsthilfe dringend notwendig ist. An einem

solchen System sollten alle Rehabilitationsträger beteiligt werden, um die Stärkung der Selbsthilfe auch in allen Versorgungsbereichen zur Geltung zu bringen.