



Berlin, den 22.02.2005

**Stellungnahme des
Bundesverbandes Deutscher Privatkrankenanstalten e.V.
zum**

**Entwurf eines Gesetzes
zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention
(Stand: 15.02.2005)**

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0817(11)
vom 08.03.2005
15. Wahlperiode**



A. Erster Teil: Einleitung

Der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V. (BDPK) begrüßt grundsätzlich die mit dem Präventionsgesetz vom Gesetzgeber verfolgten Ziele. Der BDPK spricht sich ausdrücklich dafür aus, dass die Prävention gestärkt wird, denn durch eine effektive und effiziente Prävention können Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Menschen nachhaltig verbessert und ein großer Teil der sonst erforderlichen Krankheits- und Krankheitsfolgekosten verringert oder vermieden werden.

Nach Auffassung des BDPK können jedoch mit der Fassung eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention vom 15.02.2005 nicht nur die angestrebten Ziele nicht erreicht werden, sondern wird der zuletzt durch das SGB IX gestärkte Bereich der medizinischen Rehabilitation, die ebenfalls präventiv wirkt, durch die vorgesehene Finanzierung und die neuen Definitionen gefährdet.

B. Zweiter Teil: Einzelne Regelungen

I. Definitionen

Ausweislich der Begründung zum Entwurf des Präventionsgesetzes ist beabsichtigt, gleiche Begriffe für gleiche Leistungen zu verwenden: „Auf der Grundlage dieser Definitionen werden die anderen Teile des Sozialgesetzbuchs vereinheitlicht, so dass künftig gleiche Begriffe für gleiche Leistungen verwendet werden können und ein gemeinsames Verständnis von gesundheitlicher Prävention entsteht.“

Dieses Ziel wird zumindest für den Bereich der in den §§ 1, 2 und 3 Präventionsgesetz beschriebenen tertiären Prävention nicht annähernd erreicht. Tertiäre Prävention wird in der Regel als Verhütung der Verschlimmerung von bestehenden Erkrankungen definiert. Jedes ärztliche Handeln ist daher auch immer tertiäre Prävention. Sollte dieser Begriff im Präventionsgesetz weiter bestehen bleiben, müssen alle Sozialgesetzbücher, in denen es um medizinische Behandlung und Rehabilitation geht, geändert werden.

Des Weiteren entsteht eine Begriffskollision mit Inhalten der gemeinsamen Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111b SGB V vom 12.05.1999. Danach besteht ein Ziel der medizinischen Vorsorge im Sinne der Sekundärprävention auch darin, „... dem rezidivierenden bzw. progredienten Verlauf chronischer Krankheiten entgegenzuwirken.“ Inhalte der medizinischen Vorsorge, die einen primär- und sekundärpräventiven Ansatz in o.g. Sinne verfolgt, sind dementsprechend diagnostische Maßnahmen sowie therapeutische Verfahren und Methoden, die geeignet sind, das angestrebte Vorsorgeziel zu erreichen. Auf diesen Begriffsbestimmungen beruhen die Konzeptionen und Versorgungsverträge entsprechender Einrichtungen (z.B. für stationäre Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 4 SGB V, stationäre Vorsorgeleistungen für Mütter/Väter nach § 24 SGB V) in Abgrenzung zur medizinischen Rehabilitation. Die Definitionen nach dem Präventionsgesetz und die Folgeänderungen zum SGB V (Austausch der Überschriften zu §§ 23, 24 SGB V mit „medizinischen Leis-



tungen zur primären und tertiären Prävention von Krankheiten“) sind mit den Begriffsbestimmungen im Bereich des SGB V nicht kompatibel und unterlaufen die Leistungsabgrenzung zur medizinischen Rehabilitation, die eindeutig auch den Bereich der tertiären Prävention einschließt.

In der Praxis ist dieses weder für Vertragsärzte noch für Patienten, Kassen und Leistungserbringer nachvollziehbar.

Statt dessen verbindet der BDPK mit dem Präventionsgesetz die Hoffnung, dass die bereits bestehenden, jedoch in den vergangenen Jahren vernachlässigten Präventionsbereiche gestärkt werden (die Ausgaben im Bereich der stationären Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 4 SGB V verringerten sich von 116,89 Mio. € im Jahr 1993 auf 58,21 Mio. € im Jahr 2003).

Änderungsvorschlag

Die in §§ 1, 2 und 3 Präventionsgesetz vorgesehene Zweckbestimmung und Definition der tertiären Prävention einschließlich der unvollständigen Folgeregelungen in den Spezialgesetzen werden gestrichen. Der Begriff der tertiären Prävention muss aus dem Geltungsbereich des Präventionsgesetzes gestrichen werden.

II. Finanzierung

Prävention und Gesundheitsförderung stellt eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe dar, die eine dieser Bedeutung entsprechende Finanzierungsgrundlage erhalten muss. Nach Ansicht des BDPK greift daher die Finanzierung allein mit Mitteln der gesetzlichen und solidarischen Sozialversicherung zu kurz. Erschwerend kommt jedoch hinzu, dass für die gesetzliche Rentenversicherung Leistungen eingeführt werden, die ausschließlich aus dem nach § 220 SGB VI für die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zur Verfügung stehenden Budget finanziert und dementsprechend zu Lasten insbesondere der medizinischen Rehabilitation eingespart werden müssen. Diesen Verschiebepfeil zu Lasten der medizinischen Rehabilitation lehnt der BDPK insbesondere im Hinblick auf den Bedarf an Leistungen der medizinischen Rehabilitation und deren Wirksamkeit nachdrücklich ab. Die Problematik wird dadurch verstärkt, dass die eventuell nicht ausgeschöpften Mittel im Bereich der Rentenversicherung aufgrund der Regelung in § 24 Abs. 2 Präventionsgesetz dauerhaft dem Rehabilitationsbudget entzogen werden. Die vorgesehene Übertragung der in der Prävention nicht genutzten Mittel zum Nachteil der Rehabilitation ist nicht hinnehmbar.

Änderungsvorschlag

In § 220 SGB VI wird für die Leistungen zur gesundheitlichen Prävention (§ 8 a Satz 1 SGB VI neu) wie in der GKV auch ein eigenes Budget eingeführt.

III. Beteiligung

1. Gemäß § 11 Abs. 5 Satz 1 Nr. 9 Präventionsgesetz werden an der Vorbereitung der Empfehlungen zu den Präventionszielen und deren Teilzielen und der Vorschläge zu den Umsetzungsstrategien andere für gesundheitliche Prävention maßgebliche Verbände,



darunter die für die Interessenvertretung von Patientinnen und Patienten und die für die Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen beteiligt. Ihnen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Analog den in den anderen Sozialgesetzbüchern geregelten Beteiligungsrechten fordert der BDPK auch die Beteiligung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Präventionseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen.

Änderungsvorschlag

In § 11 Abs. 5 Satz 1 Nr. 9 Präventionsgesetz wird ergänzt:

„... und die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Präventionseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen.“

2. Der BDPK schlägt des Weiteren eine angemessene Beteiligung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Präventionseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen im Rahmen der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung vor.

Änderungsvorschlag

Im Artikel 2 (Präventionsstiftungsgesetz) finden die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Präventionseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in der Besetzung von Organen der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung (z.B. Kuratorium) Berücksichtigung.