

Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter – DVfR –

Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V.
(DVfR) Friedrich-Ebert-Anlage 9 D – 69117 Heidelberg

An die Mitglieder
des Bundestagsausschusses für Gesund-
heit und soziale Sicherung, Berlin
z. K. an das Bundesministerium für
Gesundheit und soziale Sicherung, Referate 323
und 513, Berlin und Bonn

gesundheitsausschuss@bundestag.de
klaus.kirschner@bundestag.de
elke.vogel@bmgs.bund.de
hartmut.haines@bmgs.bund.de

08.03.2005

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0817(16)
vom
15. Wahlperiode**

Stellungnahme der DVfR* zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention (Präventionsgesetz-Entwurf) und zur Bildung einer Stiftung für gesundheitliche Prävention (Präventionsstiftungsgesetz-Entwurf) – BT-Drs. 15/4833 vom 15. Februar 2005

Sehr geehrter Herr Kirschner, sehr geehrte Damen und Herren,

morgen halten Sie im Reichstagsgebäude, Berlin, die Anhörung zu den o. g. Gesetzentwürfen der Koalitionsfraktionen im Vorfeld der 2. und 3. Lesung des Deutschen Bundestages ab.

Die DVfR hat in letzter Zeit u. a. mit ihren Äußerungen zur Nachhaltigkeit und Frühzeitigkeit gesundheitlicher Hilfen, zu § 3 SGB IX, zu gemeinsamen Empfehlungen der sozialen Leistungsträger in der BAR (frühzeitige Bedarfserfassung; Prävention), mit ihren unterstützenden Aktivitäten zur Komplexeleistung Frühförderung (§ 30 SGB IX) und zur betrieblichen Gesundheitsvorsorge und -förderung nach § 84 Abs. 2 SGB IX (Eingliederungsmanagement in Unternehmen) ihr großes Interesse an einer

gezielten Prävention von chronischen Erkrankungen und Behinderungen

wiederholt deutlich gemacht und möchte sich in diesem Sinne auch am Diskurs um die obigen Gesetzentwürfe beteiligen.

Die DVfR ist ein außerordentlich vielfältiger Zusammenschluss von beteiligten Akteuren im Bereich der Sicherung von Teilhabe für Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten. Auch auf ihren dem Gesundheitswesen zuzuordnenden Teil-Arbeitsgebieten ist die institutionelle Pluralität und der stets multidisziplinäre Ansatz das „Alleinstellungsmerkmal“ der DVfR. Dies macht weitläufige Meinungsbildungsprozesse notwendig, bei denen natürlich kurze Stellungnahmefristen und komplexe Sachverhalte ein Zeitproblem, manchmal sogar ein Problem der Einhelligkeit von Beschlusslagen, aufwerfen können.

*So bittet die Arbeitsgemeinschaft der GKV-Spitzenverbände – die sämtlich der DVfR angehören – hier um den Hinweis, dass sie die anliegende, insgesamt positive Beurteilung des Gesetzentwurfs aus Gründen nicht mitträgt, die sie selbst in der Anhörung darlegen wird.

Zudem bitten wir den Bundestagsausschuss (und auch das BMGS) um Verständnis dafür, dass die anliegende Stellungnahme leider sehr kurzfristig zugeht und nicht artikelbezogene Textänderungsvorschläge unterbreiten kann, sondern sich nur um grundsätzliche Fachausagen bemüht. Die DVfR wäre deshalb sehr dankbar, wenn ihr anliegendes, kurz gefasstes Votum den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der morgigen Anhörung aufgelegt würde.

Mit Dank dafür und mit freundlichen Grüßen

gez.:

Martin Schmollinger

(Geschäftsführer)

1 Anlage

Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter – DVfR –

STELLUNGNAHME*

der DVfR zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention (Präventionsgesetz-Entwurf) und zur Bildung einer Stiftung für die gesundheitliche Prävention (Präventionsstiftungsgesetz-Entwurf) – BT-Drs.15/4833 vom 15. Februar 2005 –

Die DVfR begrüßt und unterstützt das Vorhaben der Bundesregierung, gesundheitliche Prävention zu einer eigenständigen Säule im Gesundheitswesen zu machen. Denn dies ist von besonderer Bedeutung für die Personengruppen, denen die Arbeit der DVfR gilt.

Im Interesse der Menschen, die von chronischen Erkrankungen und/oder von Behinderungen betroffen bzw. bedroht sind, räumt das SGB IX mit dem § 3 allen Leistungen der Prävention einen zeitlichen Vorrang ein und bestimmt u. a. in § 30 die (sekundär-)präventive Ausrichtung der frühkindlichen Rehabilitation oder mit § 84, dass auch die Unternehmen im Sinne eines Eingliederungsmanagements für Beschäftigte mit evidenten gesundheitlichen Risiken, welche eine Teilhabe am Arbeitsleben tangieren, aktiv werden sollen. Wenn die Bundesregierung zur Klärung der Art und Weise, wie solche Prioritäten angegangen werden sollen, ein eigenes Gesetz schafft, so ist dies sinnvoll und nützlich.

Das o. g. Gesetzesvorhaben befasst sich – auch dies wird sehr begrüßt – durchaus nicht nur mit der allgemeinen Gesundheitsbildung/-förderung und der Primärprävention von Ersterkrankungen. Im Definitionsteil (Artikel 1, 1. Abschnitt, §§ 1 - 3) wird klargestellt, dass der Zweck des Gesetzes durch Stärkung Betroffener in einem oder mehreren der folgenden Daseinsaspekte erreicht werden soll: Gesundheit, Lebensqualität, Selbstbestimmung und Beschäftigungsfähigkeit. Diese Sichtweise ist teilhabeorientiert und entspricht somit den Prinzipien des SGB IX.

Zugleich ist der Gesetzentwurf allen Aktionsfeldern der Prävention verpflichtet und bildet somit Handlungsgrundlagen auch für die Sekundärprävention (risikozentrierte, frühe Erkennung und Intervention bei individuell noch nicht manifesten Erkrankungen) sowie die Tertiärprävention (Maßnahmen zur Minderung eingetretener, kausal nicht mehr angehbarer Erkrankungen, ihrer Chronifizierung, sowie Verhütung spezifischer Krankheitsfolgen im Sinne von Teilhabeverlusten und von möglichen Folgeerkrankungen).

Sekundär- und Tertiärprävention setzen immer an einem Risiko an, das konkreten Personen zuzuordnen ist und sowohl bestimmbar (gut zu erkennen und zu beschreiben) wie auch beeinflussbar sein muss. Vor allem hat die Wirksamkeit von angewandten Gegensteuerungsmaßnahmen wissenschaftlich belegbar zu sein. Die DVfR empfiehlt daher, in Artikel 1, 1. Abschnitt, § 3 eine Klarstellung einzufügen, die ei-nerseits alle allgemeinen Primärpräventionsmaßnahmen auf massenrelevante gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (z. B. Fehlernährung, mangelnde Vielseitigkeit der Bewegung, gruppen-/familiendynamisch unzureichende Psychohygiene) beschränkt oder auf die zielgruppenspezifische Verhütung von Verhaltensrisiken setzt (z. B. Prophylaxe gegen unfallträchtiges oder gegen Suchtverhalten im Kindes- und Jugendalter)

* Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der GKV – die sämtlich Mitglieder sind – bittet um den Hinweis, dass sie die insgesamt positive Beurteilung eines Gesetzentwurfs durch die DVfR aus Gründen nicht mitträgt, die sie selbst darlegt.

sowie andererseits für die Bereiche Sekundär- und Tertiärprävention ausschließt, dass Ressourcen für „Leistungen“ aufgewendet werden, die

- nicht an einer individuell abgeklärten Risikoindikation ansetzen
- keine Veränderbarkeit der Risikolage erwarten lassen
- bessere Motivation und eine Aktivierung der Risikoträger nicht bewirken können
- und/oder für deren Methoden und Maßnahmen es keine Wirksamkeitsevidenzen oder Qualitätssicherungsmaßstäbe gibt¹

¹ Die Formulierungen des Artikels 1, 5. Abschnitt, § 20 genügen hier nicht.

Bedenkt man die für Gegenwart und Zukunft der Gesellschaft und den Bestand des sozialen Leistungssystems wichtigsten und auch ökonomisch kritischsten Herausforderungen in der sekundären und tertiären Prävention, so zeichnen sich nach Ansicht der DVfR folgende sechs Schwerpunkte ab:

1. medizinisch-pädagogische Prävention im Rahmen der Entwicklungs(re-)habilitation und Frühförderung von Kindern mit angeborener Behinderung oder früh-erworbener systemischer Erkrankung im vorschulischen Alter
2. die Prävention von sich entwickelnden Teilhabestörungen bei schwerst verletzten oder akut neurologisch erkrankten jüngeren Menschen im Vorfeld ihres Erwerbsalters
3. die betriebliche Prävention als gemeinsame gesundheitserhaltende Anstrengung von in der Leistungsfähigkeit gefährdeten/vorgeschädigten Mitarbeitern und ihren Arbeitgebern
4. die Verhütung von Behinderungsfolgen (Beeinträchtigungen der Funktion und des Befindens) bei Personen mit den häufigsten chronischen Erkrankungen² durch eine strukturierte Behandlung (DMP), die in ausreichendem Maß sekundär- und tertiärpräventive Elemente enthalten muss (Schulungen, Übungs-, Sport- und andere Trainingsprogramme usw.)
5. die pflegepräventive Rehabilitation für erkrankte Personen jeden Alters, von der aber mehrheitlich Menschen in fortgeschrittenem Lebensalter profitieren würden („Reha vor Pflege“)
6. die aktive Gegensteuerung bei Komplikationsrisiken für die wachsenden Zahl bereits pflege- und/oder behandlungsbedürftiger, oft schwerst mehrfachbehinderter Menschen („Reha in der Pflege“)³

Der Gesetzentwurf definiert richtig, dass Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist und in ihrer Bedeutung schon aus Gründen der Bevölkerungsstrukturentwicklung wachsen muss. Wichtig ist aber, im Gesetzentwurf noch klarzustellen, dass neben den mit Versichertenbeiträgen wirtschaftenden sozialen Präventionsträgern⁴ auch alle staatlichen Gebietskörperschaften im Rahmen ihrer Aufgabenstellung der Daseinsvor- und -fürsorge weiterhin eine angemessene Rolle spielen sollen und hierzu auch Steuermittel einsetzen müssen. Über weite Strecken leistet der Entwurf leider dem Missverständnis Vorschub, als falle die Prävention nur in die Verantwortung des Sozialversicherungssystems, obwohl z. B. Familien, Kindergärten und Bildungsstätten aller Art als weitgehend „sozialversicherungs-externe“ Lebenswelten außerordentlich präventionsrelevant sind. Dass diese Einseitigkeit nicht zutrifft, vor allem, dass gar die grundgesetzwidrige Überwälzung staatlicher Aufgaben auf die sozialen Präventionsträger ohne Finanzkompensation mit dem Gesetz nicht beabsichtigt ist, muss nicht zuletzt auch in der Finanzierung der Präventionsstiftung und in besserer Kompatibilität von Leistungsverpflichtungen mit dem Recht, Ziele präventiven Handelns zu bestimmen, d. h. Inhalte und Design von Kampagnen, Schwerpunktangeboten und Qualitätsansprüchen zu definieren, zum Ausdruck kommen. Hier hat der Gesetzentwurf nach Ansicht der DVfR noch Präzisierungs- und Klärungsbedarf. Dass dies angesichts heutiger Uneinheitlichkeit von Präventionszielen bei Bund, Ländern und Kommunen sowie wegen verschiedener regionaler Besonderheiten in Art und Standard von Präventionsmaßnahmen der Gebietskörperschaften und nicht zuletzt mit dem derzeit vorherrschenden Mangel an Information über den heutigen Steuermiteileinsatz für Prävention – von der Lebensmittelsicherheit über die Gesundheits- und Zahngesundheits-erziehung an Kindergärten und Schulen bis hin zu Impfkampagnen und epidemiologischen Maßnahmen von Gesundheitsbehörden – schwierig ist, sei zugestanden; es muss aber versucht werden, Klarheit über die (jetzige und künftig beabsichtigte) finanzielle Lastenverteilung zu schaffen.

² Asthma bronchiale, AVK, Darmkrebs, Diabetes mellitus, jugendliche Adipositas, koronare Herzkrankheit, Rheuma, etc.

³ Hier sind Maßnahmen z.B. im Hinblick auf die Erhaltung der Mobilität, der Sitz-, Schluck- und Verständigungsfähigkeit etc. die entscheidenden präventiven Schritte, d. h. es handelt sich um folgende praktische Präventionsfelder: Sturzprophylaxe, Decubitusprophylaxe/-behandlung, Prävention von Komplikationen bei Schluckstörungen sowie Refluxkrankheit, Prävention von Ernährungsstörungen sowie von Immobilitätsfolgen wie Kontrakturen und Prävention von Deprivation durch angemessene Hilfen bei Kommunikationsstörungen. Nicht vergessen werden darf im Übrigen auch die Prävention gesundheitlicher Beeinträchtigungen bei pflegenden Angehörigen.

⁴ zu denen unverständlicher Weise im Gesetzentwurf die Bundesagentur für Arbeit trotz der besonderen Rolle der Settings „Berufsausbildung“ und „Beschäftigung“ nicht gehören soll – warum?

Ebenso besitzt der vorliegende Gesetzentwurf noch keine hinreichende Absicherung gegen eine andere unerwünschte finanzielle Entwicklung, nämlich die, dass die sozialen Leistungsträger unangemessen hohe Anteile ihrer ohnehin äußerst knappen Budgets für Rehabilitationsmaßnahmen zur Einlösung ihrer neuen präventiven Verpflichtungen einsetzen. Zwar sind die Übergänge insbesondere zwischen der tertiären Prävention und der Rehabilitation fließend und es besteht eine gewisse Aussicht, dass auf längere Sicht mit Hilfe erfolgreicher Prävention auch die angespannten Rehabilitations-Budgets entlastet werden könnten, aber die erwünschten gesundheitlichen und damit auch ökonomischen Effekte verbesserter Prävention könnten zunächst und wohl auf Jahre hinaus durch zurück gefahrene Rehabilitationsmaßnahmen vollständig „aufgefressen“ werden. Dieser Gefahr muss begegnet werden. Zu erwarten und anzustreben sind wohl eher Substitutionseffekte zum Arzneimittelverbrauch und zur Akutmedizin.

In Artikel 1, 5. Abschnitt, § 20 wird richtiger Weise festgehalten, dass verordnungsfähige und bewilligbare Leistungen nach dem Präventionsgesetz evidenzbasiert und qualitätsgesichert sein müssen. Dass aber trotz des Wirtschaftlichkeitsgebotes, das für alle Träger gilt, in Artikel 1, 6. Abschnitt, §§ 23 f Fixgrößen für die Ausgaben der sozialen Präventionsträger vorgegeben werden und ein nachträglicher Verteil- und Zuordnungsmechanismus für nicht ausgeschöpfte Summen vorgesehen ist, kann die DVfR nur als Notbehelf mittragen: Hiermit sollen offenbar die neuartigen Bemühungen um Prävention erst in Gang gebracht werden. Nach einer solchen „Anschubphase“ jedoch müssten, in absehbarer Zeit, die gemachten Erfahrungen (d. h. die Ergebnisse der Bedarfs-, Wirksamkeits- und Qualitätsprüfungen) darüber entscheiden, wie sich die Präventionsausgaben von Krankenkassen, Renten- und Pflegeversicherung weiter entwickeln sollen.

Die DVfR steht zu dem gewählten Ansatz einer konkret lebensweltbezogenen Prävention, wie ihn Artikel 1, 5. Abschnitt, § 18 vorsieht. Es gibt dazu keine sinnvolle, teilhabeorientierte Alternative. Zu hoffen ist: Diese Regelung möge auf breiter Front dazu beitragen, dass z. B. die Unternehmenslandschaft die Absicht des § 84 SGB IX endlich konkret, d. h. mit-arbeiterbezogen umsetzt und dabei von den Unterstützungsangeboten der sozialen Präventionsträger in zielführender Weise Gebrauch macht, oder auch, dass mehr „Risiko-Kinder“ den frühen Zugang zu geeigneten präventiven Leistungen der Teilhabesicherung innerhalb des komplexen Geschehens gemeinde- und familiennaher Frühförderdienste finden.

Die DVfR ist überzeugt, dass es ohne die Schaffung individueller Leistungsansprüche auf präventive Hilfen nicht zu schaffen ist, die Prävention zu einer eigenständigen, tragenden Säule der Versorgung zu machen. Sie folgt damit also der Grundorientierung des Gesetzgebers: Der mit Artikel 1, 5. Abschnitt, § 15 des Gesetzentwurfs in Verbindung mit den Regelungen der §§ 20 SGB V, 12a SGB VI, 45e SGB IX etc. gegangene Weg ist richtig. Er trägt auch der Überzeugung Rechnung, dass wirksame Reformimpulse für ein nachhaltiger wirkendes, rationales und personengerechteres Gesundheits- und Sozialsystem, wie sie in Deutschland benötigt werden, ohne gewecktes Eigeninteresse und ohne aktive Beteiligung der Menschen, die von Behinderung oder chronischer Krankheit betroffen oder bedroht sind, nicht zu Stande kommen können.

Insgesamt würdigt die DVfR ausdrücklich die in diesem Entwurf eines Präventions- und Präventionsstiftungsgesetzes erkennbaren Bestrebungen der Bundestagsmehrheit zur Reform des Versorgungssystems durch klare Stärkung der Prävention. Mit wenigen Präzisierungen und Klärungen, vor allem zur Unterbindung unerwünschter Lasten-umverteilung oder Kostenverschiebung und zur rechtskonformen Einbindung weiterer wichtiger Träger⁵ in das Präventionsgeschehen, **erscheint ein solches Gesetz geeignet, die hier auf Seite 2, Mitte, beschriebenen sechs zentralen Herausforderungen der Teilhabesicherung in Deutschland erfolgreicher als bisher vorbeugend anzugehen.**

Magdeburg und Heidelberg, den 08.05.2005

Im Original unterschrieben:

Prof. Dr. phil. et med. Paul W. Schönle
Vorstandsvorsitzender

⁵ – im Wesentlichen: Gesundheitsadministration und -einrichtungen, aber auch gesundheitliche Forschungsförderung von Bund und Ländern, kommunale sowie überörtliche Sozial- und Jugendhilfeträger, private Krankenversicherung und Bundesagentur für Arbeit