

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0816(40)
vom 07.03.2005**

15. Wahlperiode

Stellungnahme des dbb beamtenbund und tarifunion

**zum Gesetzentwurf der Fraktionen der
SPD und Bündnis 90/Die Grünen**

**„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
gesundheitlichen Prävention“
(Präventionsgesetz)**

BT-Drs. 15/4833

Stand: 7. März 2005

I. Allgemeine Bewertung

Schon seit mehreren Jahren ist allgemein unbestritten, dass die Prävention im deutschen Gesundheitssystem deutlich gestärkt werden muss, um den Herausforderungen durch die demographische Entwicklung und die zunehmende Zahl chronischer Erkrankungen Rechnung zu tragen. Nach zahlreichen Absichtserklärungen und Eckpunktepapieren ist nunmehr endlich ein Gesetzentwurf vorgelegt worden, mit dem dieser Forderung entsprochen werden soll.

Die dbb begrüßt die grundlegende Zielsetzung des vorliegenden Entwurfs, wonach die Prävention künftig neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege zu einer eigenständigen vierten Säule des Gesundheitswesens ausgebaut werden soll. Ebenfalls begrüßt wird das Vorhaben, dass die in den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung bisher schon vorhandenen Regelungen zur Prävention und Gesundheitsförderung auf eine einheitliche Begriffsgrundlage gestellt und die betreffenden Leistungen besser als bisher koordiniert werden sollen.

Im Hinblick auf die Koordinierung der einschlägigen Maßnahmen und Leistungen erscheint die geplante Errichtung einer öffentlich-rechtlichen Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“ grundsätzlich als der richtige Weg. Auch die Umwandlung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) von einer nicht rechtsfähigen Bundesanstalt in eine selbstständige Bundesoberbehörde wird vom dbb unterstützt.

Für korrekturbedürftig hält der dbb jedoch die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur künftigen Finanzierung der Präventionsleistungen: In der Begründung des Entwurfs wird mehrfach - zu Recht - betont, dass die Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Von daher wäre es nur konsequent gewesen, diese Aufgabe aus Steuermitteln zu finanzieren. Es ist völlig inakzeptabel, dass der Gesetzentwurf stattdessen vorsieht, die Finanzierung der betreffenden Leistungen allein den Beitragszahlern zur gesetzlichen Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung aufzubürden. Vielmehr müssen sich auch Bund, Länder und Kommunen an der Finanzierung beteiligen, zumal sie - wie im Entwurf vorgesehen - über die Verwendung der Mittel in erheblichem Maße mitentscheiden sollen. Es kann nicht angehen, dass die Beitragsmittel der Sozialversicherung einmal mehr als Ersatz für eine nicht wahrgenommene staatliche Finanzierungsverantwortung herhalten sollen.

Außerdem gilt es zu berücksichtigen, dass nicht nur die genannten Sozialversicherungszweige von den erwarteten Erfolgen der Prävention profitieren, sondern auch die privaten Kranken- und Pflegeversicherung sowie andere Versicherungsunternehmen (z.B. Anbieter von privaten Unfall- bzw. Rentenversicherungen). Letztere müssen daher ebenfalls in angemessenem Umfang an der Finanzierung der Präventionsleistungen beteiligt werden. Hierauf wird jedoch in dem Gesetzentwurf nicht eingegangen.

Ein weiterer grundlegender Mangel des Gesetzentwurfs liegt nach Meinung des dbb darin, dass zahlreiche neue Gremien gebildet werden sollen, die über die Präventionsprogramme und die Verwendung der Mittel entscheiden. Auch die Vielzahl der neu zu erstattenden Berichte erscheint übertrieben. Der damit verbundene Verwal-

tungsmehraufwand steht im Widerspruch zu den politischen Bestrebungen nach einem Abbau der Bürokratie in Deutschland. Dies birgt unseres Erachtens die große Gefahr, dass ein Großteil der Mittel und Energien nicht in konkretes Handeln vor Ort fließen, son-

dern in ein über mehrere Verwaltungsebenen gestuftes Antragswesen. Dies würde jedoch einer effizienten Verwendung der Mittel entgegen stehen. Für die gesetzlichen Krankenkassen ist der betreffende Mehraufwand besonders problematisch, da deren Verwaltungsausgaben gemäß § 4 Abs. 4 SGB V noch bis zum Jahr 2007 „gedeckt“ werden.

II. Bewertung von Einzelvorschriften

Zu Art. 1, § 6 (Verantwortung für die gesundheitliche Prävention) i.V.m. § 23 (Aufbringung und Verteilung der Mittel für primäre Prävention und Gesundheitsförderung)

In der Begründung zu § 6 heißt es ausdrücklich: „Gesundheitliche Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und kann ohne das Zusammenwirken aller Beteiligten nicht erfolgreich sein.“ Nach § 23 sollen die Mittel für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung jedoch allein von den sog. „sozialen Präventionsträgern“ (gesetzliche Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung) aufgebracht werden. Aus den oben unter I. bereits dargelegten Gründen ist dies nicht hinnehmbar. Vielmehr bedarf es einer klaren Aussage, dass sich Bund und Länder auch in finanzieller Hinsicht an dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe zu beteiligen haben und in welcher Höhe sich dieses finanzielle Engagement zu bewegen hat.

Die gegenwärtige Finanzierungsregelung nach § 23 muss deshalb überarbeitet werden. Sie besagt, dass allein die Sozialversicherungsträger für die Aufbringung des Gesamtbudgets in Höhe von 250 Mio. Euro verantwortlich sind. Gleichzeitig wird ihnen von dieser Summe jedoch nur ein Betrag von 100 Mio. Euro, d.h. 40 % des Gesamtbetrags, für individuelle Präventionsmaßnahmen zugestanden. Diese Regelung setzt Fehlanreize, die einer sinnvollen Mittelverwendung entgegenstehen. Sie erscheint daher äußerst kontraproduktiv.

Zu Art. 1, § 9 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes)

Die Lebensbedingungen, d.h. gleichzeitig auch die gesundheitlichen Bedingungen, sind innerhalb Deutschlands sehr unterschiedlich. Entsprechend unterscheiden sich auch die vordringlichen Handlungsfelder bundesweit erheblich. Die Formulierung von Zielen kann daher nur teilweise auf Bundesebene stattfinden - sie ist im Sinne von „Zielkorridoren“ auf Basis der bestehenden Bundes-Gesundheitsberichterstattung sinnvoll. Zielformulierungen müssen auch vor Ort aufgrund lokaler Problemlagen erfolgen. Dazu ist

- wo immer möglich - die Gesundheitsberichterstattung von Ländern und Kommunen heranzuziehen, die als Aufgabe des ÖGD entsprechend den jeweiligen ÖGD-Gesetzen realisiert ist. Dazu wäre im § 9 ein Absatz 4 einzufügen mit folgendem Wortlaut:

„Berichte zur gesundheitlichen Situation der Länder und Kommunen gehen ergänzend in die Planung und Bewertung präventiver Maßnahmen ein. Sie dienen dabei insbesondere der Identifikation sozial und gesundheitlich benachteiligter Personengruppen und Regionen als besonderer Zielgruppen primärpräventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen.“

Zu Art. 1, § 11 (Ziele und Teilziele der primären Prävention und Gesundheitsförderung)

1. Abs. 1 sollte um einen Punkt 3 ergänzt werden, um Art. 1, § 6 zu konkretisieren:

„Die bundesweite Zielsetzung soll nach der lokalen Bedarfssituation auf Basis der Gesundheitsberichterstattung der Länder und Kommunen spezifiziert werden.“

2. Es bestehen schon heute geeignete regionale Methoden, um viele Akteure für Präventionsmaßnahmen zusammenzuführen und den Erfolg von Maßnahmen damit zu vervielfachen. Ebenso ist es schon heute möglich, benachteiligte Zielgruppen vor Ort zu identifizieren und Präventionsmaßnahmen entsprechend auf sie auszurichten. Der öffentliche Gesundheitsdienst spielt hierbei eine zentrale Rolle, einerseits als neutraler Koordinator vor Ort, etwa in Gesundheitskonferenzen oder regionalen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit, zum anderen durch die lokale Berichterstattung über die soziale und gesundheitliche Lage. Das Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention würde seine Schlagkraft erhöhen, wenn die Rahmenvereinbarungen zu diesem Punkt konkretere Vorgaben machen könnten. Um Abstimmungsprozesse zu optimieren, schlagen wir die Hinzufügung eines Abs. 9 mit folgendem Wortlaut vor:

„Die Verbände der sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 wirken mit Ländern und Kommunen darauf hin, dass die Empfehlungen nach Absatz 1 im Rahmen der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes berücksichtigt werden.“

Zu Art. 1, § 13 (Gemeinsame Verantwortung für gesundheitliche Aufklärung)

In der Begründung zu Art. 1, § 13 sollte analog der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus den oben zu Art. 1, § 11 unter Nr. 2 angeführten Gründen auch der Öffentliche Gesundheitsdienst aufgenommen werden.

Zu Art. 1, § 15 (Verhaltensprävention)

In der Begründung zu Art. 1, § 15, letzter Satz sollte der Öffentliche Gesundheitsdienst neben der Bundesärztekammer ebenfalls genannt werden.

Zu Art. 1, § 17 (Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten)

1. Der Begriff „Lebenswelt“ mag zwar im Bereich der Sozialwissenschaften ein gängiger Fachausdruck sein, im allgemeinen Sprachgebrauch wird er jedoch so gut wie nie verwendet. Die Definition dieses Begriffs in § 17 Abs. 2 wie auch die hieran anknüpfenden Vorschriften dürften daher für die weit überwiegende Mehrzahl der Bevölkerung kaum verständlich sein. Dies gilt insbesondere dann, wenn im Gesetzestext Wortkombinationen wie „Träger der Lebenswelt“ verwendet werden. Dass hiermit z.B. auch Sportvereine gemeint sein können, ist für Laien wohl kaum erkennbar. Aus den vorgenannten Gründen sollte die Vor-

schrift des § 17, insbesondere die Übersetzung des bisher üblichen Fachbegriffs „Setting“ mit „Lebenswelt“, noch einmal überdacht werden.

2. Mit Blick auf § 17 Abs. 1 Satz 2 müsste zudem auch noch klargestellt werden, welche „Träger der Lebenswelt“ berechtigt sind, Anträge auf Präventionsleistungen zu stellen. Für die Lebenswelten „Freizeitgestaltung“ und „Spielen“ ist dies jedenfalls nicht ohne weiteres ersichtlich.
3. Ein wichtiges Ziel des Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention sollte die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit sein, da sie eine wichtige Voraussetzung für Chancengerechtigkeit ist. Damit dieses Ziel im Gesetz ausreichend verankert wird, halten wir folgenden Zusatz in § 17 für notwendig:

„Lebenswelten mit einem überdurchschnittlichen Anteil sozial und gesundheitlich benachteiligter Personen sind bei der Förderung bevorzugt zu berücksichtigen.“

4. In der Begründung zu Art. 1, § 17 sollte der Öffentliche Gesundheitsdienst ebenfalls mit aufgeführt werden. Darüber hinaus muss im letzten Satz des zweiten Absatzes der Begriff „Zahnprophylaxe“ durch den Begriff „Gruppenprophylaxe“ ersetzt werden, da der Verweis auf § 21 SGB V (Verhütung von Zahnerkrankungen - Gruppenprophylaxe) dies aus terminologischen Gründen nötig macht. Die individuelle Zahnprophylaxe ist hingegen in § 22 SGB V geregelt.

Zu Art. 2, § 2 (Zweck der Stiftung)

Für uns ist noch die Frage offen, ob der Öffentliche Gesundheitsdienst nach Abs. 3 als Zuwendungsempfänger auftreten kann oder ob er seine Aufgaben ausschließlich durch Leistungen der Länder erbringen muss. Hier bedarf es einer Klarstellung.

Zu Art. 2, § 7 (Kuratorium)

**Stellungnahme des dbb beamtenbund und tarifunion
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention**

Nach § 7 Abs. 1 Nr. 5 soll dem Kuratorium der neu vorgesehenen Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“ unter anderem ein vom Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) vorzuschlagendes Mitglied angehören. Der DGB vertritt jedoch nicht die Interessen aller Arbeitnehmer in Deutschland. Der dbb erwartet daher, dass - als weitere gewerkschaftliche Spitzenorganisation - auch der „dbb - beamtenbund und tarifunion“ das Recht erhält, ein Mitglied für das Kuratorium vorzuschlagen.