

SOZIALVERBAND

**VdK**

DEUTSCHLAND



**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0816(45)  
vom 08.03.05**

**15. Wahlperiode**

## **Stellungnahme**

**des Sozialverbands VdK Deutschland**

**zum**

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der  
gesundheitlichen Prävention vom 15.02.2005**

Bonn, den 8. März 2005

## 1. Allgemeine Bewertung des Gesetzes

Der Sozialverband VdK Deutschland begrüßt im Grundsatz das Anliegen des Gesetzgebers, die gesundheitliche Prävention zu stärken und neben Akutmedizin, Rehabilitation und Pflege als vierte Säule des Gesundheitswesens zu etablieren. Angesichts der zunehmenden Bedeutung chronischer Erkrankungen und der Alterung der Gesellschaft kommt der Prävention eine Schlüsselrolle bei der Verbesserung der Gesundheit zu. Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung verbessern nicht nur die Lebensqualität insbesondere der chronisch kranken und behinderten Menschen, sondern sie sparen langfristig auch Geld. Erfolgreiche Präventionspolitik muss dabei darauf achten, **sozial bedingte ungleiche Gesundheitschancen abzubauen**. Angesichts des engen Zusammenhangs zwischen Armut, gesundheitlichen Belastungen und geringeren gesundheitsdienlichen Ressourcen muss der jüngste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung alarmieren. Es wird deshalb das Anliegen des Gesetzes begrüßt, sich dieser Zielgruppe verstärkt zu widmen.

Es wird weitgehend anerkannt, dass die bisherigen Präventionsangebote zu stark individuenbezogen und zu wenig kontextbezogen sowie zu sehr von der Wettbewerbslogik der Krankenkassen überformt sind. Insofern ist es nachdrücklich zu begrüßen, dass ein Teil der Mittel kassenartenübergreifend und stärker kontextbezogen verwendet werden sollen. Es ist zudem sinnvoll, neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch andere Sozialversicherungszweige in die Finanzierung einzubinden. Prävention ist ein gesamtgesellschaftliche Aufgabe, da sowohl die Ansatzpunkte als auch der Nutzen präventiver Maßnahmen weit über die gesetzliche Krankenversicherung hinausweisen.

**Es ist allerdings unverständlich, dass die Bundesagentur für Arbeit und die private Krankenversicherung sich nicht an den Maßnahmen der Prävention finanziell beteiligen.** Der enge Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die durch Prävention vermieden werden können, und Arbeitslosigkeit können nicht ernsthaft bestritten werden. Es ist inakzeptabel, dass sich private Versicherungsunternehmen neuerlich als Nutznießer gesamtgesellschaftlicher Solidarität betätigen.

Mit großer Sorge betrachtet der Sozialverband VdK zudem, dass Bund und Länder keine finanziellen Verpflichtungen im Rahmen des Präventionsgesetzes eingehen. **Es besteht die erhebliche Gefahr, dass sich die für die öffentliche Daseinsvorsorge verantwortlichen Gebietskörperschaften aus der Prävention zurückziehen und damit Lasten auf die Sozialversicherungsträger und Beitragszahler abwälzen.** Ein solcher neuer Verschiebeparkplatz würde das gesamte Projekt in Frage stellen und würde den selbst gestellten Anspruch, Prävention als Querschnittsaufgabe zu formulieren, ad absurdum führen. Dieser Gefahr würde am effektivsten dadurch vorgebeugt, dass sich Bund und Länder angemessen finanziell beteiligen oder verpflichtend festgeschrieben wird, dass die Mittel mindestens in heutigem Umfang bereitgestellt werden.

**Entschieden kritisiert wird das Vorhaben, dass die Mittel der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Prävention durch Kürzungen im Rehabilitations-Etat erbracht werden sollen.** Eine Politik, die den Ausbau der Prävention auf Kosten der Rehabilitation betreibt, kann nicht den Anspruch erheben, das akutmedizinisch dominierte deutsche Gesundheitswesen zu modernisieren.

Zudem müssen die mit der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung verbundenen Personal- und Sachausgaben so gering wie möglich gehalten werden. Vor dem Hintergrund der ohnehin bescheiden anmutenden Gesamtsumme von 250 Millionen Euro wären hohe Bürokratiekosten inakzeptabel. Gleiches gilt für die Koordinationsaufgaben auf Landesebene, die soweit möglich bereits bestehenden Gremien übertragen werden sollte.

Ein Mangel des Gesetzes ist aus Sicht des Sozialverbandes VdK, der insbesondere chronisch kranke und behinderte Menschen zu seinen Mitgliedern zählt, dass sich das vorliegende **Gesetz** weitgehend **auf** den Bereich der **Primärprävention beschränkt**. Zwar werden in den Abschnitten 1 und 2 des Gesetzes allgemeine Ausführungen zur gesundheitlichen Prävention insgesamt gemacht, die Konkretisierung in Hinblick auf Zielorientierung und Koordinierung erfolgt jedoch nur für die Primärprävention. Insbesondere der Bereich der tertiären, die Rehabilitation ergänzende Prävention ist für chronisch kranke und behinderte Menschen von elementarer Bedeutung. Ein Gesetz, das die sekundäre und tertiäre Prävention ausspart, kann deshalb aus Sicht des Sozialverbandes VdK nur ein erster Schritt sein. Weitere müssen umgehend folgen.

Das vorliegende Gesetz orientiert sich in zentralen Elementen am Sozialgesetzbuch IX. Verwiesen sie nur auf den Vorrang der jeweiligen Leitungsgesetze (§8) und das Instrument der „gemeinsamen“ Empfehlung der Leistungsträger bei der Formulierung von Präventionszielen (§11). Mit kritischer Aufmerksamkeit wird zu verfolgen sein, ob die gewünschte und notwendige Koordination und Konvergenz des Präventionsgeschehens mit diesen Instrumenten tatsächlich zu erreichen ist. Die bisherigen Erfahrungen mit dem SGB IX lassen eine gewisse Skepsis angebracht erscheinen.

Zuletzt sei darauf verwiesen, dass **die Beteiligung von Patientinnen und Patienten im Rahmen dieses Gesetzes völlig unzureichend** ist und deutlich hinter den wegweisenden und bewährten Partizipationsrechten in der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung zurückbleiben. Hier gilt es nachzubessern.

## **Zu den Regelungen im Einzelnen:**

### Artikel 1

#### **§ 3 Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention**

Die Absicht des Gesetzgebers, dass in Zukunft alle Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention dazu beitragen sollen, sozial bedingte ungleiche Gesundheitschancen abzubauen, ist zu begrüßen. Zudem wird die Vereinheitlichung der Begrifflichkeiten über die Sozialversicherungsträger hinweg die Verständigung über Ziele und Inhalte von Prävention erleichtern. Dennoch werden mit der umfassenden Definition von Prävention Erwartungen geweckt, die das (Primär)Präventionsgesetz letztlich nicht einlösen kann.

#### **§ 6 Verantwortung für die gesundheitliche Prävention**

Die vorliegende Regelung verpflichtet Bund und Länder bislang nicht, ihr Engagement im Bereich der Prävention weiterhin aufrechtzuerhalten oder gar auszubauen. Angesichts der einhelligen Zustimmung von Bund und Ländern über die Parteigrenzen hinweg scheint die Befürchtung nicht unangebracht zu sein, dass sich staatliche Stellen in Anbetracht der prekären Haushaltslage nach und nach aus der eigenen Verantwortung verabschieden. Dieser Entwicklung muss mit allen Mitteln entgegen gewirkt werden, da sonst letztlich nicht mehr, sondern weniger Mittel für Prävention zur Verfügung stehen bei gleichzeitiger Kostenverlagerung auf die Beitragszahler.

#### **§ 7 Soziale Präventionsträger**

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch andere Sozialversicherungszweige in die Mitverantwortung für die Prävention genommen werden. Nimmt man den Ansatz der Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ernst, dann ist inakzeptabel, dass sich die Bundesagentur für Arbeit wie ursprünglich vorgesehen ebenso wenig beteiligt wie die private Kranken- und Pflegeversicherung, deren Versicherten von Maßnahmen der Primärprävention ebenfalls profitieren.

#### **§ 8 Vorbehalt abweichender Regelungen**

Eine der zentralen Zielsetzungen des Präventionsgesetzes ist sicherzustellen, dass die Leistungen zur Prävention einheitlich und nach Gegenstand, Umfang und Ausführung koordiniert erbracht werden. Die bisherigen Erfahrungen mit dem Sozialgesetzbuch IX zeigen, dass der Vorrang einzelgesetzlicher Regelungen ein Hindernis für ein koordiniertes Vorgehen ist. Stärkere Kooperation und Koordination wird von den Sozialversicherungsträgern oft mit dem Argument abgelehnt, dies widerspreche dem jeweiligen Leistungsrecht. Entsprechend spiegeln die im Rahmen des SGB IX verabschiedeten

Gemeinsamen Empfehlungen eher den Status quo des gegliederten Systems denn den Willen zur einer vernetzten Leistungserbringung wider. Ein ähnliches Schicksal droht den Empfehlungen zu den Präventionszielen. Deshalb sollte § 8 überdacht werden.

### **§ 11 Zeile und Teilhabe der primären Prävention und Gesundheitsförderung**

Der Grundansatz, dass die vielfältigen und auf verschiedensten Ebenen erbrachten Präventionsmaßnahmen klarer an gemeinsamen Präventionszielen und Qualitätsstandards orientiert werden sollen, ist zu begrüßen. Es bleibt allerdings abzuwarten, ob die relativ schwach ausgestalteten Instrumente zur Koordinierung und Vereinbarung gemeinsamer Ziele tatsächlich greifen oder ob die unterschiedlichen Interessen der Präventionsträger eine wirkliche Priorisierung verhindern.

### **§ 15 Ziele der Verhaltensprävention**

Neben der Krankenversicherung bekommen nun auch die Renten- und Pflegeversicherung die Möglichkeit, individuelle, versichertenbezogene Leistungen der Verhaltensprävention anzubieten. Der Gesetzentwurf lässt offen, welche Aufgaben der jeweilige Präventionsträger im Bereich der Verhaltensprävention zu erfüllen hat und wie sie gegeneinander abzugrenzen sind. Neue Auseinandersetzungen über Zuständigkeiten, die aller Erfahrung nach auf dem Rücken der Betroffenen ausgetragen werden, sind bereits absehbar. Die vorgesehene Vereinbarung der Präventionsträger wird die Schnittstellenprobleme nicht beseitigen, wie Erfahrungen mit dem SGB IX zeigen. Es ist daher dringend erforderlich, die Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten bereits im Gesetz zu konkretisieren.

### **§ 17 Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten**

Der Sozialverband VdK Deutschland verweist darauf, dass die Zuständigkeit für die arbeitsweltbezogene Primärprävention (betriebliche Gesundheitsförderung) nicht klar zugeordnet ist. Sie kann wie bisher als Leistung der Sozialversicherungen in Eigenverantwortung erbracht werden oder Inhalt von lebensweltbezogenen Strategien auf Landesebene sein, aber auch auf Bundesebene als Modellprojekt oder ergänzende lebensweltliche Maßnahme durchgeführt werden. Die unklare Abgrenzung der Zuständigkeiten birgt die Gefahr neuer Verschiebebahnhöfe. Die Zuständigkeiten sollten deshalb im Gesetz konkretisiert werden.

### **§ 18 Organisation der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten**

Das Gesetz sieht vor, dass die Präventionsträger gemeinsam mit den Ländern im Zuge von Rahmenvereinbarungen Koordinationsgremien einrichten, die über die Mittelverwendung auf Landesebene entscheiden. Der Sozialverband VdK Deutschland tritt nachdrücklich dafür ein, dass soweit möglich keine neuen Gremien geschaffen werden, sondern die Kompetenzen an bereits existierende Stellen übertragen werden. Es sollte vermieden werden, die

ohnehin knappen Mittel für den Aufbau neuer Entscheidungs- und Verwaltungsgremien zu verwenden. Zudem ist im Gesetz zu verankern, dass an den Entscheidungen über Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten analog zu § 11, Abs. 5 die für die Patientenbeteiligung maßgeblichen Organisationen zu beteiligen sind.

### **§ 23 Umfang und Verteilung der Mittel**

Es ist inakzeptabel, dass die von der gesetzlichen Rentenversicherung aufzubringenden Mittel für die Primärprävention „durch Einsparungen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auszugleichen sind“, wie es in der Gesetzesbegründung in Abschnitt C „Finanzielle Auswirkungen“ heißt. Der Ausbau der (Primär-)Prävention darf nicht auf Kosten der Rehabilitation und damit letztlich der Tertiärprävention gehen.

Artikel 2

### **§ 7 Kuratorium der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung**

Die Verteilung der Sitze im Kuratorium ist in verschiedener Hinsicht nicht nachvollziehbar und entspricht nicht dem Geist stärkerer Patientenorientierung. Dem Deutschen Forum Prävention werden 7 Sitze zuerkannt, wobei weitere Beteiligte einen eigenen Sitze erhalten, obwohl auch sie Mitglieder im Deutschen Forum sind. Zudem ist nicht nachvollziehbar, warum Arbeitgeber und Gewerkschaften einen eigenen Sitz im Kuratorium erhalten, obwohl sie über die gemeinsame Selbstverwaltung bereits Zugang zum Stiftungsrat haben. Patientenorganisationen sind in jedem Fall völlig unterrepräsentiert. Eine mögliche Lösung wäre, die Besetzung aller 16 Sitze dem Deutschen Forum Prävention unter angemessener Berücksichtigung der Patientenorganisationen zu überlassen.

Artikel 6

### **§ 20 d Förderung der Selbsthilfe**

Der Sozialverband VdK Deutschland begrüßt die Neufassung der Förderregelung in einer eigenen Vorschrift, da damit dem gewachsenen Stellenwert der Selbsthilfe Rechnung getragen wird. Begrüßt wird ebenfalls, dass die bisherige Sollregelung, 0,54 Euro je Versicherten aufzuwenden, zu einer Förderverpflichtung umgestaltet wird. Werden die Mittel durch eine Krankenkasse nicht ausgeschöpft, müssen die nicht verausgabten Mittel im nächsten Jahr zur Verfügung stehen. Durch die Nennung der Verbände der Krankenkassen wird klargestellt, dass auch sie zur Förderung der Selbsthilfe auf Bundesebene verpflichtet sind. Auch dies ist zu begrüßen.

Mit der Einrichtung eines kassenübergreifenden Gemeinschaftsfond, der bereits in einem Entwurf des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes enthalten war, wird einer Forderung der Selbsthilfeorganisationen Rechnung getragen. Durch den übergreifenden Fond wird die Antragstellung erleichtert und eine abgestimmte Verteilung der Mittel möglich.

Es wurde allerdings versäumt, die Selbsthilfeförderung für die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung (insbesondere Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung) gleichermaßen und einheitlich zu regeln. Die bisherigen Regelungen zur Abstimmung der Förderung der Rehabilitationsträger (Krankenversicherung und Rentenversicherung) im § 13 Absatz 2 Nr. 6 und § 29 SGB IX reichen nicht aus.