

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0816(32)
vom 04.03.2005

15. Wahlperiode**

**Stellungnahme zum
Entwurf eines Gesetzes
zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention**

Berlin

4. März 2005

Kontakt:

Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) e.V

Fachbereich Gesundheit und Ernährung

Markrafenstr. 66, 10969 Berlin

Tel: 030-25800432; Fax: 030-25800418,

Email: isenberg@vzbv.de; etgeton@vzbv.de; www.vzbv.de

Vorbemerkung

Seit Jahrzehnten wird eine stärker am Gedanken von Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtete Neuorientierung des deutschen Gesundheitswesens gefordert. Erste Versuche, im Bereich der unterschiedlichen Sozialversicherungszweige präventive Aufgaben zu etablieren, sind bislang in Ansätzen stecken geblieben. Die zum Teil widersprüchliche Geschichte des Paragraphen 20 SGB V ist symptomatisch für Risiken und Grenzen eines rein träger- und sektorbezogenen Vorgehens im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Akteure und Experten sind sich einig darin, dass es sich hierbei um eine gesamtgesellschaftliche, sektor-, ressort- und trägerübergreifende Aufgabe handelt, letztlich um eine grundlegende Neuausrichtung nicht nur im Bereich der Gesundheitspolitik, sondern in beinahe allen Politikbereichen, die für die Gestaltung des Verhaltens und der Lebensverhältnisse der Menschen maßgeblich sind – das betrifft in besonderem Maße die *Verbraucherpolitik*. Insofern stehen gesetzgeberische Maßnahmen in diesem Bereich immer vor dem Dilemma, einerseits an konkreten Stellen ansetzen und die Rahmenbedingungen Schritt für Schritt ändern, sich andererseits aber am Anspruch eines „Paradigmenwechsels“ messen lassen zu müssen. Vor diesem Problem steht auch der vorgelegte Gesetzentwurf.

Die Erwartung, dass mit *einem* Gesetz die Umorientierung des Gesundheitswesens zu erreichen wäre, ist illusorisch. Vielmehr bildet der vorliegende Entwurf für ein „Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“ nach Ansicht des Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv) einen Meilenstein im Prozess einer am Ziel der Gesundheit ausgerichteten Gesamtpolitik. Er versucht, zunächst im Bereich der Gesundheitspolitik die Strukturen und Ressourcen für Prävention und Gesundheitsförderung neu zu ordnen und besser aufeinander abzustimmen. Damit wird der seit Jahren beklagte Mangel behoben, dass zwar viele einzelne präventive Aktivitäten oder gesundheitsfördernde Initiativen in Deutschland stattfinden, etliches davon aber durch fehlende Zielorientierung und Abstimmungsdefizite verpufft oder in seiner Qualität fragwürdig ist. Nachdem durch lokale und settingbezogene Aktivitäten, sozusagen „bottom up“, eine vielfältige Landschaft im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung entstanden ist, war es höchste Zeit, diese Entwicklung durch ein strukturierendes Maßnahmenbündel, gleichsam „top down“, zu flankieren. Wenn der Gesetzentwurf diesem durchaus begrenzten Anspruch gerecht wird, hätte er sein Ziel, eine Etappe auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik zu sein, erfüllt.

Nach eigenem Bekunden soll das Gesetz die gesundheitliche Prävention „zu einer eigenständigen Säule“ neben Kuration, Rehabilitation und Pflege ausbauen. Ob dabei der Begriff

der *Säule* für einen wesentlich sektorübergreifend angelegten Ansatz glücklich gewählt ist, mag dahingestellt bleiben. Wichtig ist, dass die im Gesetz genannten Akteure: Bund, Länder, Sozialversicherungen, Träger der Lebenswelten und die im Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung zusammengeschlossene zivilgesellschaftlichen Organisationen ihre Aktivitäten künftig besser aufeinander abstimmen und an Zielen orientieren, um auf dieser Grundlage auch die Qualitätssicherung zu verbessern. Die Verbraucherzentralen werden sich mit Ihren Angeboten

Stellungnahme

Der vorliegende Gesetzentwurf geht auf eine Vereinbarung im Rahmen des Gesundheitsreformkonsenses von 2003 zurück. Der von der Koalition nach vorheriger Abstimmung mit den Ländern nunmehr vorgelegte Gesetzentwurf gliedert sich in Artikel, die

- a) Begriffsdefinitionen vorlegen, Aufgaben und Maßnahmen beschreiben sowie die dafür notwendigen Ressourcen bündeln (Präventionsgesetz);
- b) Strukturen von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland regeln (Präventionsstiftungs- und BZgA-Gesetz) und
- c) die jeweiligen Sozialversicherungszweige (Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung) einbeziehen.

Aus Sicht des **vzbv** ist es bedauerlich, dass es bislang trotz intensiver Bemühungen nicht gelungen ist, die Arbeitslosenversicherung an den Vereinbarungen über das Präventionsgesetz zu beteiligen. Dabei ist fachlich unumstritten, dass zum einen Erwerbslosigkeit ein gravierendes Gesundheitsrisiko für die Betroffenen darstellt und umgekehrt der Gesundheitszustand für die Erwerbs- und Vermittlungsfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern erhebliche Bedeutung hat. Gerade die jüngste Reform der Bundesagentur für Arbeit böte mit der Einrichtung des Fallmanagements gute Ansatzpunkte für lebensweltbezogene Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Die im Rahmen des Gesetzes beteiligten Akteure sollten daher ihre Anstrengungen fortsetzen, die Arbeitslosenversicherung zu involvieren. Dasselbe gilt natürlich auch für die private Versicherungswirtschaft, insbesondere die private Krankenversicherung, die sich derzeit an dieser Aufgabe überhaupt nicht beteiligt, obgleich die Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung auch ihren Versicherten .

Zu Artikel 1: Präventionsgesetz

Im Rahmen des Gesamtentwurfes wird auf die Bestimmungen des Präventionsgesetzes immer wieder Bezug genommen. Insofern kann man den Artikel 1 des vorgelegten Entwurfes als Kern des gesamten Gesetzes bezeichnen; hier werden die begrifflichen Weichen für die folgenden Artikel gestellt. Umso wichtiger ist es, an dieser Stelle fachlich so genau wie möglich zu formulieren, da jeder Fehler hier weitere im gesamten Gesetz nach sich zöge.

Zu §§ 2 und 3: Gesundheitliche Prävention und Maßnahmen – verkürzter Begriff von Sekundärprävention

In den Paragraphen 2 und 3 des Präventionsgesetzes wird der Begriff der Sekundärprävention äußerst eng gefasst und letztlich auf die Früherkennung von Krankheiten und die dafür erforderlichen Beratungsleistungen reduziert. Alle Aufgaben, die sich im *Gefolge einer Diagnose* im Hinblick auf deren Bewältigung und den Umgang mit einer daraus sich möglicherweise ergebenden Stigmatisierung stellen, bleiben außen vor. Während im Bereich der Tertiärprävention der Umgang mit Belastungen infolge einer *Erkrankung* bearbeitet wird, steht der Begriff Sekundärprävention für den individuellen, aber, je nach betroffener Population, auch kollektiven Umgang mit Risiken und Belastungen, die sich aus einer zunächst möglicherweise symptomlosen und (noch nicht) behandlungsbedürftigen Diagnose, wie z.B. Krebs oder HIV, ergeben können. Dieser Aspekt von Sekundärprävention, der unter anderem in Selbsthilfegruppen intensiv bearbeitet wird, findet sich in der Begriffsbestimmung der Paragraphen 2 und 3 nicht wieder. Der **vzbv** schlägt daher folgende Ergänzungen vor:

in § 2 Gesundheitliche Prävention

Unter der Nummer 2. sollte es heißen: „Früherkennung **und Bewältigung** symptomloser Krankheitsvor- und -frühstadien (sekundäre Prävention);“

in § 3 Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention

In Absatz 3 wäre nach der Nummer 2. zu ergänzen: „**3. Unterstützung bei der Bewältigung einer Diagnose und gegen eine mögliche Stigmatisierung.**“

In Absatz 5 wäre die Nummer 1. wie folgt zu ergänzen: „1. Unterstützung beim Aufbau sowie bei der Stärkung individueller **und gruppenbezogener** gesundheitlicher Ressourcen und der Fähigkeiten zur Vermeidung **oder Bewältigung** von **Diagnosen** **und** Erkrankungen.“

Durch diese letzte Ergänzung in Absatz 5 würde darüber hinaus der Mangel behoben, dass mit der Reduzierung auf Krankheits*vermeidung* auch alle tertiärpräventiven Ansätze aus der Gesundheitsförderung ausgeschlossen würden. Gesundheitsförderung ist fachlich weiter zu fassen als Prävention; sie betrifft nicht nur die Vermeidung von Erkrankungen, sondern auch deren *Bewältigung*.

Zu §§ 11 und 12: Ziele und Teilziele der primären Prävention und Gesundheitsförderung und Präventionsprogramme – Fristsetzung bis 1. 1. 2006 unrealistisch

Die mit dem Gesetzentwurf erstmals umfassend eingeführte Zielorientierung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland ist nachdrücklich zu begrüßen, denn sie stellt die Voraussetzung für ein abgestimmtes Vorgehen der Akteure und eine systematische Qualitätssicherung der entsprechenden Maßnahmen dar. Mit der Formulierung von Empfehlungen solcher Präventionsziele wird in Paragraph 11 des Gesetzentwurfes die neu einzurichtende Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung beauftragt. Auch das ist aus Sicht des *vzbv* sinnvoll und zielführend, sofern die Stiftung, wie in Absatz 5 festgeschrieben, die entsprechenden weiteren Akteure an der Erarbeitung dieser Ziele beteiligt. Ob indes die Stiftung, die ihre eigenen Strukturen ja erst noch aufbauen muss, dieses Vorhaben, wie in Absatz 7 gefordert wird, bis zum 1. Januar 2006 erreichen kann, erscheint äußerst fraglich. Diese Frist sollte unbedingt überdacht werden, gerade um den wichtigen Aspekt der notwendigen Zielorientierung nicht durch politisch gesetzten Zeitdruck zu konterkarieren. Dasselbe gilt auch für die Präventionsprogramme nach Paragraph 12, für deren Abfertigung dieselbe Fristsetzung festgeschrieben werden soll.

Zu § 13 und 14: Gesundheitliche Aufklärung und Zuständigkeiten zwischen Stiftung und BZgA

Im Bereich der gesundheitlichen Aufklärung sind die Zuständigkeiten nicht hinreichend geklärt. Das betrifft einmal das Verhältnis zwischen der zu errichtenden Stiftung und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Während die Bundeszentrale seit nunmehr fast vierzig Jahren im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung sowie seit geraumer Zeit auch auf dem wichtigen Feld der Qualitätssicherung in diesem Bereich tätig ist, erscheint sie im Verhältnis zur Stiftung eher in der Rolle eines Auftragnehmers als eines fachlichen Partners. Aus Sicht des *vzbv* liegt darin die Gefahr, eine Konstellation für institutionelle

Konflikte vorzugeben. Statt dessen sollte das Gesetz den Rahmen für eine fachliche Partnerschaft und eine klare Arbeitsteilung zwischen Stiftung und Bundeszentrale setzen. So wäre eine gleichberechtigte Zuständigkeit beider Institutionen für die Qualitätssicherung im Bereich der gesundheitlichen Aufklärung sinnvoll.

Des Weiteren sollten auch andere Akteure der gesundheitlichen Aufklärung, die nicht soziale Präventionsträger (§ 7) sind, erwähnt werden. Dazu gehören neben anderen die Verbraucherzentralen mit ihrer langjährigen Ernährungsberatung. Die Regelung der Zuständigkeiten in Paragraph 14 sollte diese Ebene gesundheitlicher Verbraucheraufklärung berücksichtigen.

Zu § 23: Aufbringung und Verteilung der Mittel für primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Mit den Regelungen des Präventionsgesetzes und der Einrichtung einer bundesweiten Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung wird erstmals in Deutschland ein Schritt unternommen, die konzeptionelle Abstimmung und Strukturbildung mit einer Bündelung von Ressourcen zu verbinden. Damit hat die sich über Jahrzehnte hinziehende und meist in allgemeinen, aber unverbindlichen Appellen erschöpfende Debatte zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung eine neue Qualität erhalten. Mit der Frage der Ressourcen entstehen freilich auch neue Probleme der Lastenverteilung. Die politische Diskussion um das Präventionsgesetz war in den letzten Monaten oftmals eher fiskalisch als fachlich orientiert. Die in der Öffentlichkeit bereits geäußerte Befürchtung, es handele sich bei der notwendigen Bündelung der Präventionsmittel um eine Zweckentfremdung von Versichertengeldern zugunsten einer Aufgabe, die eigentlich in öffentlicher Verantwortung liege, kann aus Sicht des **vzbv** nicht leichtfertig vom Tisch gewischt werden. Derzeit bietet das Gesetz nicht genügend Sicherungen, um zu verhindern, dass die Beiträge der Versicherten zur Sanierung öffentlicher Haushalte auf Landes- und Kommunalebene missbraucht werden. Die Strukturen der Umsetzung auf Landesebene werden im Gesetz nur sehr allgemein geregelt; es bleibt unklar, wer hier über die zur Verfügung gestellten Mittel letztlich entscheidet. Länder und Sozialversicherungen werden zum Abschluss von Rahmenvereinbarungen verpflichtet (§ 18 Abs. 1). Kommt keine Einigung zustande, hätte die jeweilige Landesregierung, die ja selbst Partei ist, durch Ersatzvornahme das Recht, eine Vereinbarung über die Verwendung von Mitteln aus fremden Kassen zu erzwingen (§ 18 Abs. 5). Diese Regelung erscheint fragwürdig. Allerdings muss man auch die Relationen im Blick behalten: Neben der Aufbringung des Stiftungskapitals und der laufenden Finanzierung der Stiftung in Höhe von 50 Millionen Euro

geht es vor allem um den *zielgerichteten* Einsatz der für Prävention und Gesundheitsförderung von den unterschiedlichen Sozialversicherungszweigen nach Maßgabe der im Präventionsgesetz definierten Aufgabenteilung *eigenständig* eingesetzten Mittel, die zum größten Teil auch bisher schon dafür aufgewandt werden. Der im Rahmen der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung veranschlagte Anteil macht ein Fünftel dieser Gesamtsumme aus. Dafür nimmt die Stiftung unter anderem die wesentliche Aufgabe der Zielorientierung und Qualitätssicherung wahr, was der Effizienz dieses Mitteleinsatzes dienen soll. Während die finanziellen Anteile der verschiedenen Sozialversicherungszweige im Gesetzentwurf detailliert beschrieben werden, bleibt indes der Beitrag der öffentlichen Hand auf Bundes- und Landesebene weitgehend im Dunkeln. Dabei haben Bund und Länder durchaus etwas einzubringen. Es würde daher die Akzeptanz des Gesetzgebungsvorhabens bei den Versicherten deutlich erhöhen, wenn die von Bund (Leistungen des Robert-Koch-Institutes und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) und Ländern eingebrachten Ressourcen wenigstens grob ausgewiesen würden. Bundestag und Bundesrat stehen hier den Versicherten gegenüber in der Pflicht, ihren Anteil transparent zu machen.

Zu Artikel 2: Präventionsstiftungsgesetz

Ziel der neu einzurichtenden Stiftung ist es, die konzeptionellen Rahmenbedingungen des Artikels 1 (Präventionsgesetz) konkret mit Leben zu erfüllen und in den Aktivitäten der anderen Akteure durch

- Empfehlungen zu *Präventionszielen*,
- *Vorschläge für Leistungen* der Verhaltensprävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und
- die Erarbeitung von *Qualitätsstandards*

weitestgehend sicherzustellen. Darüber hinaus kann sich die Stiftung an *Maßnahmen zur gesundheitlichen Aufklärung* und an *Modellprojekten* beteiligen. Aus Sicht des **vzbv** ist diese Zielsetzung und Aufgabenbestimmung sinnvoll.

Bedenken erheben sich indes bei der Besetzung der maßgeblichen und beratenden Stiftungsgremien:

Zu § 6: Stiftungsrat

Im Stiftungsrat sind wie auch sonst üblich die wesentlichen Zustifter anteilmäßig vertreten. „Die Zahl der vorzuschlagenden Mitglieder orientiert sich im Wesentlichen an der Höhe der

Zuwendungen, die die einzelnen Träger zur Stiftung leisten“, heißt es folgerichtig in der Begründung des Gesetzentwurfes. Warum und auf welcher Kalkulationsgrundlage indes Bundesregierung und Bundesrat jeweils drei Mitglieder und die kommunalen Spitzenverbände ein Mitglied in den dreißigköpfigen Stiftungsrat entsenden, obgleich keine der drei staatlichen Ebenen sich am Stiftungskapital (500.000 Euro) noch an der laufenden Finanzierung ihrer Arbeit (50 Millionen Euro) beteiligt, bleibt völlig offen. Dass Bund, Länder und Gemeinden über den gesetzlich gesteckten Rahmen hinaus die Arbeit der Stiftung maßgeblich mitbestimmen wollen, ist verständlich und auch sinnvoll. Dem sollte dann jedoch auch ein angemessener finanzieller Beitrag entsprechen. Analog zu den Anteilen der Sozialversicherungen wären demnach von Bund und Ländern Mittel in Höhe von jeweils 6 Millionen Euro und seitens der Kommunen in Höhe von 2 Millionen Euro auszuweisen. Außerdem hätten Bund und Länder sich mit jeweils 60.000 Euro und die Gemeinden mit 20.000 Euro am Stiftungskapital zu beteiligen.

Zu § 7: Kuratorium

Das Kuratorium hat laut Gesetzentwurf die Rolle eines Beirates mit der Funktion, die Stiftung bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu unterstützen und zu beraten. Davon zu unterscheiden ist der in Paragraph 9 genannte Wissenschaftliche Beirat, der zur wissenschaftlichen Beratung im engeren Sinne beiträgt. Das Kuratorium repräsentiert in der Struktur der Stiftung das Netzwerk der nicht im Trägerkreis vertretenen Akteure im Feld Prävention und Gesundheitsförderung – gleichsam die „Zivilgesellschaft“. Es ist daher nicht sinnvoll, wenn die im Stiftungsrat vertretenen Träger der Stiftung zusätzlich auch das Kuratorium besetzen und sich sozusagen selbst beraten. Auch hier finden sich indes wieder jeweils zwei von der Bundesregierung und dem Bundesrat vorgeschlagene Mitglieder. Aus Sicht des **vzbv** sollte das Kuratorium als unterstützendes und beratendes Gremium im Wesentlichen aus den im Forum Prävention und Gesundheitsförderung bereits zusammengeschlossenen Organisationen gebildet werden. Diesem werden jedoch nur sieben der 16 Sitze zugestanden, während neben Bund und Ländern einzelne fachlich betroffene Institutionen in Paragraph 7 ausdrücklich genannt sind, obwohl davon wiederum nur das Robert-Koch-Institut nicht in der Liste der Mitglieder des Deutschen Forums verzeichnet ist.

Die Patientenbeteiligung im Rahmen der Besetzung des Kuratoriums durch das Forum Prävention und Gesundheitsförderung wird im Gesetzentwurf ausdrücklich geregelt. Mindestens eines der vom Forum vorgeschlagenen Kuratoriumsmitglieder soll aus dem Kreis der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch

kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen stammen. Diese Formulierung wurde in Analogie zum Paragraphen 140 f SGB V gebildet. In der Begründung zur entsprechenden Patientenbeteiligungsverordnung wird jedoch zwischen Organisationen der Selbsthilfe und den Verbänden der Beratungsträgerorganisationen klar unterschieden. Es wäre daher notwendig, dass beide Säulen der Patientenvertretung auch im Kuratorium repräsentiert sind. Daher sollten für die Patientenorganisationen mindestens zwei Plätze auf der Vorschlagsliste des Forums vorgesehen werden.

Zu Artikel 3: BZgA-Gesetz

Dass nach dem Errichtungserlass für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahr 1967 der BZgA nunmehr eine klare gesetzliche Grundlage gegeben wird, ist zu begrüßen. Neben vielen wichtigen Aktivitäten im Bereich der Ernährungs-, Drogen und Sexualaufklärung ist, wie die Begründung des Gesetzentwurfes ausdrücklich hervorhebt, das besondere Verdienst der BZgA, in Kooperation mit der Deutschen AIDS-Hilfe die international vorbildliche deutsche AIDS-Kampagne konzipiert und durchgeführt und damit eines der wenigen gelungenen Beispiele für eine auf Bundesebene erfolgreiche Maßnahme der Prävention und Gesundheitsförderung realisiert zu haben. Dass mit dem Gesetz der BZgA, wie es in der Begründung heißt, „größere Selbständigkeit und höhere Verantwortung übertragen“ wird, ist aus Sicht des **vzbv** zu begrüßen. Durch die ausdrückliche Bezugnahme auf Paragraph 2 des Präventionsgesetzes sind Aspekte der Gesundheitsförderung mit eingeschlossen und eine Verengung des Auftrages der BZgA auf bloße *Verhaltensprävention* oder gar *Gesundheitserziehung* wird vermieden. Wie wichtig es ist, den Auftrag gesundheitlicher Aufklärung breiter anzulegen, wird in Paragraph 4 deutlich, der die Aufklärung zur Suchtprävention regelt. Dort wird neben Strategien zur *Vermeidung* von Drogenkonsum auch der Ansatz der *Schadensminderung* („harm reduction“) verankert, der insbesondere Menschen betrifft, die Rauschmittel regelmäßig konsumieren oder bereits abhängig sind.

Im Unterschied dazu werden die Lehren aus der erfolgreichen AIDS-Kampagne in Paragraph 5 Absatz 2 noch nicht konsequent genug gezogen. Die in den Nummern 1. bis 3. benannten Tätigkeitsbereiche sind primär *verhaltensbezogen* und lassen die für den Erfolg der AIDS-Prävention so wichtigen Aspekte der *Verhältnisprävention*, insbesondere bei den epidemiologisch am meisten betroffenen Gruppen unberücksichtigt. Der **vzbv** regt daher an, den Absatz 2 in Paragraph 5 nach Nummer 3. um folgende Bestimmung zu ergänzen:

„Darüber hinaus fördert die Bundeszentrale zielgruppenspezifische Verhaltensprävention sowie Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten der Hauptbetroffenengruppen.“

Damit wäre eine bessere Grundlage für die Fortführung der auch international exemplarischen Zusammenarbeit zwischen einer staatlichen und einer nichtstaatlichen Organisation aus dem Bereich der Selbsthilfe geschaffen, die ein Merkmal der deutschen AIDS-Politik ist.

Zu Artikel 6: Änderung des Sozialgesetzbuches V

Der bisherige Paragraph 20 SGB V, in dem Prävention und Selbsthilfeförderung durch die gesetzliche Krankenversicherung geregelt wurde, bedurfte im Kontext des Präventionsgesetzes einer Neuformulierung. Dabei wird analog zu den Paragraphen 15 und 17 des Präventionsgesetzes nun deutlicher als zuvor zwischen *Verhaltensprävention* sowie *Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten* unterscheiden. Betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeitsschutz und Selbsthilfeförderung werden analog zur bisherigen Regelung beibehalten bzw. präzisiert. Der **vzbv** begrüßt die Klarstellungen in diesen Bereichen, insbesondere beim Paragraphen 20 d (Selbsthilfeförderung). Diese Regelung sollten in derselben Verbindlichkeit auch auf die anderen betroffenen Sozialversicherungszweigen übertragen werden.

In der Formulierung des neuen Paragraphen 20 vermisst man indes die bisherige Maßgabe, dass Leistungen der Primärprävention insbesondere einen Beitrag zur *Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen* erbringen sollen. Ein Verweis auf Paragraph 3 des Präventionsgesetzes, ist zwar in der Begründung zu finden: „Die Leistungen zur Verhaltensprävention sind dabei auch mit dem § 3 des Präventionsgesetzes verbunden.“ Ob damit aber ausdrücklich die sozialkompensatorische Ausrichtung der Verhaltensprävention der Krankenkassen beibehalten werden soll, bleibt offen, da der Paragraph 3 des Präventionsgesetzes einen weiten Regelungsumfang hat. Um die Substanz des bisherigen Paragraphen 20 SGB V zu erhalten, wäre daher ein ausdrücklicher Verweis auf Paragraph 3 Absatz 1 des Präventionsgesetzes in den Gesetzestext selbst aufzunehmen. Der **vzbv** setzt sich nachdrücklich für eine solche Klarstellung ein, um eine unter Wettbewerbsdruck forcierte Orientierung der verhaltenspräventiven Maßnahmen der Krankenkassen an der Gruppe der so genannten guten Risikoversicherten möglichst zu vermeiden. Derselbe Verweis wäre entsprechend auch in Artikel 7 (§ 12 a SGB VI), Artikel 10 (§ 45 e SGB XI) und Artikel 13 (§ 9 a (Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte) aufzunehmen.