

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0816(34)
vom 04.03.2005**

15. Wahlperiode

**Stellungnahme
der Spitzenverbände
der Krankenkassen und der Pflegekassen**

**zum Antrag der Fraktion der FDP
"Prävention und Gesundheitsförderung als
individuelle und gesamtgesellschaftliche
Aufgabe"**

**vom 19.01.2005
Drucksache 15/4671**

Die Spitzenverbände begrüßen das Bekenntnis der FDP-Fraktion zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Aus Sicht der Spitzenverbände ist die Bereitstellung von entsprechenden Angeboten und Strukturen primär eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Gleichwohl steht auch jeder einzelne in der Verantwortung für den Schutz und Erhalt seiner Gesundheit durch die Nutzung von Angeboten.

Zu einzelnen Regelungen im Antrag der FDP-Fraktion nehmen die Spitzenverbände wie folgt Stellung:

Auch aus Sicht der Spitzenverbände bedarf es bei der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung der Festlegung klarer Zuständigkeiten und Finanzverantwortlichkeiten für die verschiedenen Präventionsbereiche auf den verschiedenen Ebenen. Dies gilt – angesichts des gesamtgesellschaftlichen Charakters der Aufgabe – insbesondere auch für die öffentliche Hand auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene.

Ebenso kann eine verbesserte, unbürokratische Koordination der Aktivitäten der verschiedenen Akteure einen wertvollen Beitrag zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung leisten. Gleiches gilt für die Erarbeitung wissenschaftlich fundierter Präventionsprogramme für die Verhaltens- und Verhältnisprävention sowie auch für die Verpflichtung zur Evaluation von Maßnahmen und zur Veröffentlichung der Ergebnisse.

Auch stimmen die Spitzenverbände mit der FDP-Fraktion überein, dass die betriebliche Gesundheitsförderung ein wesentliches, auszubauendes Handlungsfeld der Prävention und Gesundheitsförderung ist. Die Krankenkassen engagieren sich hier bereits seit Jahren erfolgreich.

Hinsichtlich des geforderten effizienz- und qualitätsgesicherten Ausbaus der Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchen sehen die Spitzenverbände insbesondere Handlungsbedarf bei den Ländern. So sind bei der Schaffung von Rahmenbedingungen für organisierte Screening-Programme sowie auch hinsichtlich der Beurteilung von Wirksamkeit und Effizienz von sekundärpräventiven Maßnahmen Unterstützungsleistungen seitens der Länder erforderlich, z.B. durch die Schaffung von melderechtlichen Voraussetzungen für ein Einladungssystem oder durch flächendeckende Krebsregister.

Eine Verpflichtung der Krankenkassen zur Finanzierung von Impfungen, die von der Ständigen Impfkommission als notwendig deklariert werden, weisen die Spitzenverbände als weiteren sog. "Verschiebepbahnhof" zurück. Hier ist in erster Linie die öffentliche Hand in der Verantwortung.

Die Spitzenverbände bekennen sich ausdrücklich zu einer umfassenden, zielbezogenen und qualitätsgesicherten Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Über den Antrag der FDP-Fraktion hinausgehend halten sie die Ausrichtung der Maßnahmen an konsentierten, bundesweit verbindlichen Präventionszielen ebenso für erforderlich wie die Verständigung auf verbindliche Qualitätsstandards.

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Pflegekassen
zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU
"Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe umfassend, innovativ und unbürokratisch
gestalten"
vom 15.02.2005
Drucksache 15/4830

**Stellungnahme
der Spitzenverbände
der Krankenkassen und der Pflegekassen**

**zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU
"Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe
umfassend, innovativ und unbürokratisch
gestalten"
vom 15.02.2005
Drucksache 15/4830**

Die Spitzenverbände begrüßen das Bekenntnis der CDU/CSU-Fraktion zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Dass die Stärkung dieser Handlungsfelder unter Bündelung der Ressourcen auf der Basis konsentierter, bundesweit einheitlicher Präventionsziele und nach einheitlichen Qualitätsstandards erfolgen muss, entspricht der Überzeugung der Kostenträger. Jedoch bewerten die Spitzenverbände – offenbar im Unterschied zur Unions-Fraktion – hier den von den Koalitionsfraktionen vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention als nicht ausreichend stringent, da sowohl die Präventionsziele als auch die Qualitätsstandards lediglich Empfehlungscharakter haben.

Die Spitzenverbände teilen hingegen die Auffassung Unionsfraktion, dass Prävention und Gesundheitsförderungen auch in Lebenswelten zu verankern sind, sowie den Anspruch, dass die betriebliche Gesundheitsförderung weiterhin als ein bewährtes Verfahren von den Sozialversicherungsträgern auch in Eigenverantwortung durchgeführt werden sollte. Ebenfalls bewerten die Spitzenverbände eine regelmäßige, umfassende Berichterstattung der Akteure zu Präventionsgeschehen auf den Ebenen Bund, Länder und Sozialversicherungsträger als konstruktives Element zur Weiterentwicklung dieser Handlungsfelder.

Wie die Union kritisieren auch die Spitzenverbände, dass in dem Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention der Koalitionsfraktionen keine finanziellen Pflichtbeiträge von Bund, Ländern und Gemeinden zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung erkennbar werden. Auch das geplante Auseinanderfallen von Finanzierungsverpflichtung und Entscheidungskompetenz stößt auf erhebliche Bedenken der Spitzenverbände. Aufgrund der unklaren finanziellen Beteiligung von Bund, Ländern und Gemeinden besteht in der Tat – wie im Unions-Antrag ausgeführt – die Gefahr, dass sich öffentliche Haushalte zu Lasten der Beitragszahler ihrer Verpflichtung entledigen. Daher ist die Forderung, die Finanz- und Entscheidungsverantwortung in der Hand der Selbstverwaltung zu belassen und die geplanten Strukturen auf Bundes- und Landesebene selbstverwaltungsnah auszugestalten, nur zu unterstreichen. In diesem Zuge fordern die Spitzenverbände zudem, dass Bund und Länder ihr derzeitiges finanzielles Engagement transparent machen und künftig nicht nur voll aufrecht erhalten, sondern parallel zu der für die Träger der Sozialversicherung vorgesehenen Steigerung der Ausgaben fortentwickeln und jährliche Rechenschaftsberichte über die steuerfinanzierten Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen vorlegen.

Auch aus Sicht der Spitzenverbände ist die Einbeziehung der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung in das Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention geboten. Deren verpflichtende Beteiligung ergibt sich notwendigerweise schon daraus, dass insbesondere Leistungen in Lebenswelten regelmäßig auch den dort anzutreffenden Privatversicherten zugute kommen. Die von der Privaten Krankenversicherung in Aussicht gestellte finanzielle Beteiligung an Maßnahmen der AIDS-Prävention stellt demgegenüber keine ausreichende Beteiligung dar, sondern kommt eher einem "Ablasshandel" gleich.

Über die Forderungen der Union hinausgehend fordern die Spitzenverbände zusätzlich die Einbeziehung der Träger der Arbeitsförderung aufgrund des nachweislich höheren Krankheitsrisikos von Leistungsempfängern, denen durch gezielte Maßnahmen entgegen gewirkt werden könnte. Insofern bedauern die Spitzenverbände die Rücknahme der Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit ausdrücklich. Die Einbeziehung auch der gesetzlichen Rentenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung wird hingegen von den Spitzenverbänden begrüßt.

Auch die Spitzenverbände konstatieren, dass der Gesetzentwurf mit dem Ziel einer besseren Verständlichkeit, der Schaffung von einfachen und transparenten Organisationsstrukturen und der Minimierung des bürokratischen Aufwandes einer grundlegenden Überarbeitung bedarf. Andernfalls ist zu befürchten, dass ein nicht zu unterschätzender Teil der Ressourcen für Prävention und Gesundheitsförderung – die den Versicherten zugute kommen sollten – für die Abstimmungs- und Koordinierungsverfahren gebunden werden.

Hinsichtlich der geforderten Berücksichtigung auch von Sekundär- und Tertiärprävention im beabsichtigten Präventionsgesetz erkennen die Spitzenverbände derzeit keinen umfassenden Regelungsbedarf im Bereich der Sozialgesetzgebung. Jedoch sind bei der Schaffung von Rahmenbedingungen für organisierte Screening-Programme sowie auch hinsichtlich der Beurteilung von Wirksamkeit und Effizienz von sekundärpräventiven Maßnahmen Unterstützungsleistungen der Länder erforderlich, z.B. durch die Schaffung von melderechtlichen Voraussetzungen für ein Einladungssystem oder durch flächendeckende Krebsregister.

**Stellungnahme
der Spitzenverbände
der Krankenkassen und der Pflegekassen**

**zum Entwurf eines Gesetzes
zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention
vom 15.02.2005
Drucksache 15/4833**

I. Grundsätzliche Bewertung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Pflegekassen bekennen sich ausdrücklich zu einer umfassenden, zielbezogenen und qualitätsgesicherten Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Dies haben die Spitzenverbände der Krankenkassen bereits seit geraumer Zeit – z.B. in ihrem Positionspapier "Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland" von Mai 2002 – deutlich gemacht. Insofern begrüßen die Spitzenverbände im Grundsatz die mit dem Präventionsgesetz verbundene Intention von Bund und Ländern zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen eines Präventionsgesetzes.

Ungeachtet der Einigkeit in der Zielrichtung des Präventionsgesetzes sind aus Sicht der Spitzenverbände in wesentlichen Teilen Ergänzungen, Präzisierungen und Modifizierungen des Gesetzentwurfs erforderlich, um dem Anliegen des Gesetzes – der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftlichen Aufgaben – in sinnvoller und angemessener Art und Weise gerecht zu werden.

Die Gesamtbewertung führt die Spitzenverbände zudem zu der Feststellung, dass der Gesetzentwurf mit dem Ziel einer besseren Verständlichkeit, der Schaffung von einfachen und transparenten Organisationsstrukturen und der Minimierung des bürokratischen Aufwandes einer grundlegenden Überarbeitung bedarf.

Die zentralen Forderungen der Spitzenverbände an das Präventionsgesetz lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- 1. Vermeidung neuer sog. Verschiebebahnhöfe: Offenlegung und Fortschreibung der steuerfinanzierten Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Selbsthilfe durch Bund, Länder und Gemeinden sowie finanzielle Einbeziehung von Arbeitsförderung (Bundesagentur für Arbeit) und Privater Kranken- und Pflegeversicherung,**
- 2. Begrenzung der beitragsfinanzierten gesundheitlichen Aufklärung auf die an den Präventionszielen orientierten versichertenbezogenen primärpräventiven Projekte der sozialen Präventionsträger,**
- 3. Beibehaltung der mit Bundesministerin Ulla Schmidt vereinbarten Höhe der Mittel für die Stiftung und Lebenswelt-bezogene Projekte in Höhe von 50 Mio. Euro anstelle von 150 Mio. Euro,**
- 4. Wahrung der Verfügungs- und Entscheidungshoheit der sozialen Präventionsträger über von ihnen eingebrachte Mittel und darüber, für welchen Bereich der gesundheitlichen Prävention nicht verausgabte Mittel im Folgejahr eingesetzt werden,**
- 5. Inkrafttreten des finanzwirksamen Teils des Präventionsgesetzes nicht vor dem 01.01.2006,**

- 6. Selbstverwaltungsnahe Ausgestaltung der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung,**
- 7. Unbürokratische Lösungen, nach denen keine regelmäßigen Abstimmungen mit Ländern und Gemeinden erfolgen,**
- 8. Verbindlichkeit einheitlicher Präventionsziele für Bund, Länder und Gemeinden und keine Verwässerung der Ziele durch regionale Abweichungen,**
- 9. Klare Abgrenzung der Zuständigkeiten bei der Leistungserbringung durch die sozialen Präventionsträger,**
- 10. Ermöglichung eigenverantwortlicher Lebensweltprojekte durch die sozialen Präventionsträger und Anrechnung auf das Landesbudget ohne zeitliche Begrenzung.**

Zu den wesentlichen Themenblöcken des Gesetzentwurfs nehmen die Spitzenverbände wie folgt Stellung:

Gesamtgesellschaftliche Aufgaben Prävention und Gesundheitsförderung

Die Spitzenverbände bekennen sich zu einer angemessenen Rolle der Kranken- und Pflegekassen bei der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Gleichwohl vertreten sie die Auffassung, dass es sich hierbei um gesamtgesellschaftliche Aufgaben handelt, die – in Zurückweisung der Tradition der sog. Verschiebebahnhöfe – nicht allein den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung aufgebürdet werden können. Sie allein werden die viele Bereiche von Wirtschaft und Gesellschaft berührenden Defizite von Prävention und Gesundheitsförderung nicht bewältigen können. Vor dem Hintergrund dieser Feststellung greift der vorliegende Gesetzentwurf eines Präventionsgesetzes deutlich zu kurz. Insbesondere werden die finanziellen Pflichtbeiträge von Bund und Ländern sowie deren verbindliche Fortentwicklung nicht erkennbar. In Anlehnung an das gemeinsame Gespräch zwischen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe und den Trägern der Sozialversicherung am 20. Oktober 2004 fordern die Spitzenverbände, dass Bund und Länder ihr finanzielles Engagement in diesem Handlungsfeld in einem analytischen Sachstandsbericht in der Begründung zum Präventionsgesetz transparent machen und künftig nicht nur voll aufrecht zu erhalten, sondern parallel zu der für die Träger der Sozialversicherung vorgesehenen Steigerung der Ausgaben fortzuentwickeln und jährliche Rechenschaftsberichte über die steuerfinanzierten Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen vorlegen.

Die Spitzenverbände begrüßen, dass – neben der gesetzlichen Krankenversicherung – mit der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung weitere Zweige der Sozialversicherung als soziale Präventionsträger in das Präventionsgesetz einbezogen werden. Aus Sicht der Spitzenverbände sind jedoch auch die Träger der Arbeitsförderung¹ und die Private Kranken- und Pflegeversicherung zu betei-

^{1, 2} mit Ausnahme des AOK-Bundesverbandes, der die Forderung nach Einbeziehung der Arbeitsförderung in den Kreis der sozialen Präventionsträger nicht mitträgt

Federführend für die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen:

gen. Die Einbeziehung der Träger der Arbeitsförderung erscheint aufgrund des nachweislich höheren Krankheitsrisikos von Leistungsempfängern – denen durch gezielte Maßnahmen entgegen gewirkt werden könnte – sachgerecht. Insofern bedauern die Spitzenverbände die Rücknahme der Einbindung der Bundesagentur für Arbeit. Eine verpflichtende Beteiligung der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung an der Finanzierung insbesondere von Leistungen in Lebenswelten ist schon deshalb zwingend geboten, da diese Maßnahmen regelmäßig auch den dort anzutreffenden Privatversicherten zugute kommen². Die von der Privaten Krankenversicherung in Aussicht gestellte finanzielle Beteiligung an Maßnahmen der AIDS-Prävention stellt keine ausreichende Beteiligung dar, sondern kommt eher einem "Ablasshandel" gleich.

Der Gesetzentwurf überträgt den beteiligten Sozialversicherungsträgern eine Mitverantwortung für gesundheitliche Aufklärung in Ergänzung der diesbezüglichen Aufgaben der durch die öffentliche Hand finanzierten Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Aus Sicht der Spitzenverbände ist es sachgerecht, wenn künftig über die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung bezogen auf die Präventionsziele und begleitend zu den Projekten der Sozialversicherungsträger ergänzende Aufklärungsmaßnahmen über die Stiftung abgewickelt werden. Diese müssen jedoch versichertenbezogen sein und auf die vereinbarten Präventionsziele begrenzt werden. Weitere Aufklärungsmaßnahmen über die Stiftung, z.B. für allgemeine bevölkerungsbezogene Aufklärungskampagnen, werden demgegenüber von den Spitzenverbänden abgelehnt. Hier steht eindeutig die öffentliche Hand in der Verantwortung.

Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung

Die – wenn auch in Übergangsstufen – vorgesehene Aufteilung der Mittel der Sozialversicherungsträger für Primärprävention und Gesundheitsförderung von in der Endstufe 50 Mio. Euro für die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung, von 100 Mio. Euro für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und von 100 Mio. Euro für Verhaltensprävention und betriebliche Gesundheitsförderung im Verantwortungsbereich der Krankenkassen wird von den Spitzenverbänden als nicht sachgerecht abgelehnt. Die Ausstattung der Bereiche Stiftung und Prävention in Lebenswelten mit insgesamt 150 Mio. Euro wird für deutlich überhöht erachtet.

Die Spitzenverbände weisen zum wiederholten Male eindringlich darauf hin, dass angesichts der vorgesehenen Aufgabenzuteilungen auf Bundes- wie auf Landesebene mit realistisch zu verausgabenden Budgets begonnen werden sollte. Gemäß des Konsenses zwischen Bundesministerin Ulla Schmidt und den Spitzenverbänden der Krankenkassen von Juni 2004 sollten insgesamt 50 Mio. Euro (davon 35 Mio. Euro von der gesetzlichen Krankenversicherung) für die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere in außerbetrieblichen Lebenswelten und für flankierende Maßnahmen der Stiftung (wie z.B. Präventionsziele, Qualitätsstandards, begleitende Kampagnen, Modellprojekte) vorgesehen werden. Vor dem Hintergrund des modifizierten Aufgabenzuschnitts, nach dem die Lebensweltprojekte nunmehr im Wesentlichen auf Landesebene abgewickelt werden sollen, ergibt sich aus Sicht der Spitzenverbände lediglich die Notwendigkeit einer modifizierten Zuteilung der im

Juni 2004 konsentierten Mittel in Höhe von insgesamt 50 Mio. Euro; eine Verdreifachung der Mittel auf insgesamt 150 Mio. Euro ist dagegen nicht nachvollziehbar und wird ausdrücklich als unbegründet und daher unangemessen abgelehnt. Ausgehend von den im Juni 2004 konsentierten 50 Mio. Euro halten die Spitzenverbände in der Startphase eine Ausstattung der Stiftung mit 12,5 Mio. Euro und der Landesebene mit 37,5 Mio. Euro für sachgerecht. Über eine Fortentwicklung dieser Größen sollte – auch hier verweisen die Spitzenverbände auf den Konsens vom 10. Juni 2004 – nach Vorliegen von Erfahrungen, also ergebnis- und kriteriengestützt, entschieden werden. Gerade in der Verfolgung einheitlicher Präventionsziele lassen sich Ergebnisse unschwer ermitteln, die die Basis neuer finanzieller Entscheidungen sein müssen.

Die Spitzenverbände haben verschiedentlich betont, dass es im Sinne einer klaren Trennung von Selbstverwaltung und Staat unverzichtbar ist, dass die Entscheidungshoheit der Sozialversicherungsträger über die Verwendung der von ihnen eingebrachten Mittel auf allen Ebenen gewahrt wird. In diesem Zusammenhang ebenfalls von essentieller Bedeutung ist, dass die für die Landesebene vorgesehenen Mittel bis zur konkreten Entscheidung über ihre Verwendung bei den Trägern der Sozialversicherung verbleiben. Insbesondere zu letzterem Aspekt sind in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen nicht ausreichend eindeutig.

Vor dem Hintergrund der zu wahrenen Entscheidungshoheit der sozialen Präventionsträger über die für die verschiedenen Bereiche vorgesehenen Mittel sowie vor dem Hintergrund der kritisierten Finanzzuteilung der Bereiche Stiftung und Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten werden auch die vorgesehenen Regelungen zur Verwendung von nicht genutzten Mitteln für Verhaltensprävention und Prävention in Lebenswelten abgelehnt. Die Spitzenverbände gehen davon aus, dass die sozialen Präventionsträger nach Maßgabe des Präventionsgesetzes inhaltlich und finanziell ihre Aufgaben verantwortlich erfüllen. Deshalb sind sämtliche Regelungen zur Verwendung nicht genutzter Mittel überflüssig; sie bringen ein nicht zu begründendes Misstrauen des Gesetzgebers zum Ausdruck und stellen nicht akzeptable Eingriffe in die Finanzhoheit der sozialen Präventionsträger dar.

Die Spitzenverbände haben bereits in dem Gespräch mit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe am 20. Oktober 2004 darauf hingewiesen, dass insbesondere auch aus haushaltsrechtlichen Gründen ein Inkrafttreten des finanzwirksamen Teils des Präventionsgesetzes bereits im Jahr 2005 problematisch ist und daher von Kranken- und Pflegekassen nicht mitgetragen wird. Im Vertrauen auf entsprechende Absprachen in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe am 20. Oktober d.J. haben die Krankenkassen über ihre für eigenen Maßnahmen bereits fest eingeplanten Mittel keine weiteren Mittel in die Haushalte eingestellt, die Pflegekassen mangels gesetzlicher Grundlage gar keine Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung. Insofern wird ein Inkrafttreten einer jeglichen finanzwirksamen Regelung vor dem 01.01.2006 mit Nachdruck zurückgewiesen.

Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung

Aus Sicht der Spitzenverbände ist die Stiftung als durch die sozialen Präventionsträger finanzierte Körperschaft selbstverwaltungsnah auszugestalten. Verfahren wie z.B. der Konfliktlösungsmechanismus bedürfen einer Selbstverwaltungslösung.

Hinsichtlich der Besetzung des Kuratoriums sehen die Spitzenverbände eine Ungleichbehandlung zwischen Bundesregierung, Bundesrat sowie Bundesbehörden, denen hier Vorschlagsrechte eingeräumt werden, einerseits und Sozialversicherungsträgern andererseits. Dies wird abgelehnt.

Abstimmung, Koordinierung und Qualitätssicherung in Prävention und Gesundheitsförderung

Die Spitzenverbände stimmen zu, dass eine verbesserte Koordinierung und Abstimmung von Maßnahmen der Primärprävention zu einem sachgerechteren Umgang mit den naturgemäß begrenzten Ressourcen in diesem Handlungsfeld beitragen kann, und bekunden ausdrücklich ihre Bereitschaft hierzu. Jedoch sieht der Gesetzentwurf an vielen Stellen und Ebenen (Bundesstiftung, Länderebenen, Sozialversicherungsträger untereinander) Abstimmungs- und Koordinierungsregelungen vor, die aufwändig sowie bürokratisch sind und befürchten lassen, dass ein nicht zu unterschätzender Teil der Ressourcen für Prävention und Gesundheitsförderung – die den Versicherten zugute kommen sollten – für die Abstimmungs- und Koordinierungsverfahren gebunden werden. Hier sollte der Gesetzentwurf ebenso einer kritischen Prüfung unterzogen werden wie auch bezogen auf die vorgesehenen Begrifflichkeiten für die gesundheitliche Prävention, letzteres insbesondere im Hinblick auf die anderen Leistungsgesetze der sozialen Präventionsträger.

Die Ausrichtung von Präventionsmaßnahmen an konsentierten Präventionszielen ist ein wesentlicher Beitrag zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Insofern ist die vorgesehene Ausrichtung der Maßnahmen an Präventionszielen und Teilzielen grundsätzlich zu begrüßen. Die Spitzenverbände haben jedoch bereits in den Gesprächen mit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe im August und Oktober d.J. deutlich gemacht, dass die Ziele für alle Handlungsbereiche (Stiftung, Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Verhaltensprävention) verbindlich sein müssen. Deshalb wird die vorgesehene Möglichkeit der Landesebene, die Präventionsziele um weitere Ziele zu ergänzen, abgelehnt. Diese Möglichkeit der Verwässerung der Präventionsziele der Stiftung – an deren Bildung die Länder im übrigen durch die Beteiligung im Stiftungsrat mitwirken – schwächt die zielbezogene Stärkung der Prävention insgesamt und untergräbt zudem die durch die Stiftung zu initiiierenden begleitenden Kampagnen in ihrer Wirkung.

Gemäß Gesetzentwurf sollen bis zur erstmaligen Beschlussfassung von Präventionszielen durch die Stiftung die Ziele, Teilziele und Maßnahmenvorschläge der primären Prävention des Abschlussberichts von gesundheitsziele.de gelten. Die Spitzenverbände schlagen statt dessen vor, während der Übergangszeit die unter Mitwirkung von unabhängigen Sachverständigen (u.a. unter Beteiligung von Bund, Länder, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Sachverständigenrat) entwickelten Handlungsfelder der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 20 Abs. 3 SGB V in der derzeit geltenden Fassung zugrunde zu legen. Diese decken die wesentlichen Handlungsfelder der Primärprävention ab.

Die Spitzenverbände halten es für zwingend, Leistungen zur Verhaltensprävention sowie entsprechende Maßnahmen in Lebenswelten nach konsentierten Qualitätsstandards auszu-

richten. Die Regelungen sind dabei jedoch so auszugestalten, dass angemessene Standards für alle Bereiche der Primärprävention (Verhaltensprävention, Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Maßnahmen der Stiftung) verbindlich gelten.

Aufgaben der sozialen Präventionsträger in eigener Verantwortung

Gemäß des Gesetzentwurfs sollen die Träger der Krankenversicherung, der Rentenversicherung und der Pflegeversicherung Leistungen zur Verhaltensprävention erbringen, ohne dass hier insbesondere bei den Leistungen von Kranken- und Rentenversicherung, aber auch der Pflegeversicherung notwendige Abgrenzungen hinsichtlich der Leistungspflicht eines Trägers erkennbar sind. Hier bedarf es einer gesetzlichen Regelung, nach der die beteiligten Sozialversicherungsträger eindeutige Abgrenzungskriterien zu entwickeln haben. Dies ist erforderlich, um sowohl dem einzelnen Versicherten eine Orientierung zu geben, welcher Sozialversicherungsträger zuständig ist, als auch um Zuständigkeitsunsicherheiten und -verwerfungen zwischen den Trägern zu vermeiden.

Die Spitzenverbände teilen die Auffassung des Gesetzgebers, dass Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten Aufgaben sind, die im Allgemeinen trägerübergreifend zu bewältigen sind. Gleichwohl engagieren sich einzelne oder mehrere Krankenkassen bereits derzeit erfolgreich in diesem Handlungsfeld. Diese Möglichkeit – so auch der Konsens mit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe am 20. Oktober d.J. – sollte grundsätzlich aufrecht erhalten werden, auch um die Fortführung bewährter Projekte sicherzustellen. Im Präventionsgesetz sind daher eindeutige gesetzliche Regelungen erforderlich, dass Lebensweltprojekte einzelner sozialer Präventionsträger, die den konsentierten Präventionszielen und Qualitätsstandards genügen, auf das für die Landesebene vorgesehene Budget anrechenbar sind. Die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehene optionale und befristete Regelung in den Rahmenvereinbarungen wird als nicht ausreichend bewertet.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in den zurückliegenden Gesprächen zu einem Präventionsgesetz deutlich gemacht, dass unabdingbare Voraussetzung für eine Zustimmung der gesetzlichen Krankenkassen zu einem Präventionsgesetz ist, dass u.a. die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung – als eigenständigem Handlungsfeld der Krankenkassen neben der betrieblichen Gesundheitsförderung als Gemeinschaftsaufgabe in Lebenswelten – nicht eingeschränkt werden. Vor diesem Hintergrund wird insbesondere die Soll-Regelung zur Zusammenarbeit mit anderen Krankenkassen bei der Aufgabenwahrnehmung abgelehnt.

Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Zur Organisation der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten ist der Abschluss von Rahmenvereinbarungen zwischen den sozialen Präventionsträgern und den in den Ländern zuständigen Stellen vorgesehen. Um vergleichbare Voraussetzungen zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Ländern zu schaffen, ist es aus Sicht der Spitzenverbände erforderlich, dass – analog der Regelungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen gem. § 21 SGB V – über die Bundesebene Rahmenempfehlungen zu den Inhalten der Rahmenvereinbarungen gesetzlich vorgesehen werden.

Berichtswesen Prävention und Gesundheitsförderung

Die Spitzenverbände begrüßen die Absicht der Bundesregierung, dem Bundestag und dem Bundesrat in jeder Legislaturperiode einen Präventionsbericht mit einer entsprechenden Bestandsaufnahme zum Präventionsgeschehen vorzulegen. Hieran werden sich die Krankenversicherung und die Pflegeversicherung im Rahmen ihrer Zuständigkeiten durch die Zulieferung von Berichten zu den Aktivitäten in eigener Verantwortung bzw. in Mitwirkung auf Landesebene beteiligen.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Beauftragung des Wissenschaftlichen Beirats der Stiftung mit der Erstellung eines Gutachtens als Grundlage des Berichts der Bundesregierung wird von den Spitzenverbänden zurückgewiesen. Zum einen steht eine solche Regelung im Widerspruch zum Gebot der Unabhängigkeit, die beim Wissenschaftlichen Beirat der Stiftung als maßgebliche Akteurin im künftigen Präventionsgeschehen eingeschränkt ist. Zum anderen befürchten die Spitzenverbände einen weiteren "Verschiebebahnhof" zu Lasten der Sozialversicherung: Der Wissenschaftliche Beirat ist ein durch die Stiftung – also die sozialen Präventionsträger – zu finanzierendes Gremium. Die Erstellung des Gutachtens wird nach Einschätzung der Spitzenverbände mit einem nicht unerheblichen Aufwand verbunden und voraussichtlich nur mit professionellen Strukturen leistbar sein. Diese wären für die Beratungstätigkeit des Beirats für die Stiftung hingegen nicht erforderlich. Eine "Entledigung" der Aufgabe der Bundesregierung an dieses Gremium ohne entsprechende Aufwandsentschädigung durch den Bund käme aus Sicht der Spitzenverbände einem weiteren Verschiebebahnhof gleich und wird daher abgelehnt.

Selbsthilfeförderung

Die gesetzliche Krankenversicherung bekennt sich ausdrücklich zu einer bedarfsgerechten und angemessenen Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. Eine Regelung, nach der die Krankenkassen verpflichtet werden, in einem Jahr nicht abgerufene Fördermittel in die Gemeinschaftsförderung zu geben, wird jedoch als nicht sachgerecht abgelehnt. Dies gilt ausdrücklich deswegen, weil bisher der Nachweis eines tatsächlichen Förderbedarfs der Selbsthilfe in der vorgesehenen Höhe weder wissenschaftlich noch empirisch belegt ist.

Auch die Selbsthilfeförderung ist als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen. Vor diesem Hintergrund fehlt die Verpflichtung zur Förderung der Selbsthilfe durch die übrigen Sozialversicherungsträger. Des Weiteren fehlt eine Bekräftigung, dass der Bund, die Länder und die Kommunen auch hier ihr notwendiges finanzielles Engagement erhalten und weiterentwickeln.

Jenseits dieser Gesamtbewertung und vorbehaltlich einer verfassungsrechtlichen Prüfung des Gesetzentwurfs nehmen die Spitzenverbände zu den geplanten Einzelregelungen wie folgt Stellung:

II. Besonderer Teil

Artikel 1 Präventionsgesetz

Abschnitt 1 Allgemeine Regelungen

§ 2 Gesundheitliche Prävention

§ 2 Nr. 2

Mit der vorgesehenen Regelung werden die Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention im Sinne des Gesetzes definiert. Unter Nr. 2 wird sekundäre Prävention als Früherkennung von symptomlosen Krankheitsvor- und -frühstadien definiert. Früherkennungsuntersuchungen zur Entdeckung von symptomlosen Krankheitsvor- und -frühstadien sind ein wesentlicher Bestandteil der sekundären Prävention. Die damit verbundenen Ziele sind insbesondere die Mortalitätsreduzierung sowie gegebenenfalls die Reduzierung der Morbidität der ausgewählten Zielerkrankung durch frühzeitiges Erkennen und erfolgreiches Behandeln. Daher sollte die vorgesehene Regelung ergänzt werden.

Die aufgenommene Definition der gesundheitlichen Prävention, insbesondere der sekundären Prävention, deckt sich nicht mit der internationalen Definition (vgl. A DICTIONARY OF EPIDEMIOLOGY – Second Edition, Oxford University Press 1988), die als Grundlage für die Abgrenzung (z.B. zur Rehabilitation) und inhaltliche Ausgestaltung der Vorsorge nach §§ 23 und 24 SGB V im Zusammenhang mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 herangezogen wurde. Danach verfolgt die Vorsorge einen primär- und sekundärpräventiven Ansatz einschl. der erforderlichen Interventionen (z.B. medizinisch-therapeutische Leistungen). Um zu vermeiden, dass die Konzeptionen der ambulanten und stationären Vorsorge, die Verträge (Kurarztvertrag, Versorgungsverträge nach §§ 111 und 111a SGB V) die gemeinsamen Rahmenempfehlungen nach § 111 b SGB V, Begutachtungsrichtlinien für den MDK etc. völlig umgestaltet werden müssen, sollte der Begriff der Vorsorge mit der bestehenden Definition erhalten bleiben.

Änderungsvorschlag:

§ 2 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

"Früherkennung von symptomlosen Krankheitsvor- und -frühstadien **zur Verringerung von Mortalität und Morbidität durch die frühzeitige Entdeckung einer Erkrankung und eine dadurch ermöglichte erfolgreichere und schonendere Therapie** (sekundäre Prävention),"

§ 2 wird nach Nr. 4 um die "**Nr. 5 Vorsorge**" ergänzt.

Begründung:

Die Änderung dient der Klarstellung.

Die gesonderte Nennung der Vorsorge stellt sicher, dass die bestehenden, im Bereich der Sozialversicherung abgestimmten Definitionen der Vorsorge und damit auch die Abgrenzung zu anderen Leistungen (z.B. Rehabilitation) sowie die inhaltliche Ausgestaltung der Vorsorge und bestehende vertragliche Regelungen erhalten bleiben.

§ 2 Nr. 4

Die vorgesehene Regelung in § 2 enthält Begriffsbestimmungen, von denen das Gesetz in Bezug auf das Verständnis der gesundheitlichen Prävention ausgeht. Bei der Aufzählung der Arten von Prävention in Nr. 4 fehlt der Hinweis, dass sich die angesprochenen "gesundheitsförderlichen Strukturen" auf Lebenswelten, z. B. Stadtteile, Betriebe, Schulen etc., beziehen.

Änderungsvorschlag:

§ 2 Nr. 4 wird wie folgt gefasst:

"Aufbau von individuellen Fähigkeiten sowie gesundheitsförderlichen Strukturen **in Lebenswelten**, um das Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit zu erhöhen (Gesundheitsförderung)."

Begründung:

Die Ergänzung dient der Klarstellung.

§ 6 Verantwortung von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern

Abs. 1

In den in Abs. 1 und 3 vorgesehenen Regelungen werden die Verantwortlichkeiten von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern zur gesundheitlichen Prävention umschrieben, wobei sich die Verantwortlichkeiten von Bund und Ländern auf die Mitwirkung an Maßnahmen der sozialen Präventionsträger beschränken. Finanzielle Beiträge von Bund und Ländern sowie deren Fortentwicklung zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung werden nicht erkennbar. Ein reines Leistungsgesetz für die Träger der Sozialversicherung lehnen die Spitzenverbände ab.

Eine effiziente Präventions- und Gesundheitspolitik erfordert ein integriertes Gesamtkonzept, das alle relevanten Politik- und Gesellschaftsbereiche einbezieht. Entsprechend der gesamtgesellschaftlichen Aufgabenstellung müssen sich auch Bund und Länder zu ihrer Verantwortung für Prävention bekennen. Diese geht über ein bloßes Mitwirken, wie in der Gesetzesformulierung vorgesehen ist, hinaus. Neben den verbindlich festzulegenden Verantwortlichkeiten wird ein korrespondierender finanzieller Beitrag der öffentlichen Haushalte von Bund und Ländern gefordert. Dieser ist nicht nur voll aufrecht zu erhalten, sondern parallel zu der für die sozialen Präventionsträger vorgesehenen Steigerung der Ausgaben fortzuentwickeln.

Änderungsvorschlag:

Nach Abs. 1 wird ein Abs. 1 a eingefügt:

"Bund und Länder verausgaben jährlich für die Belange der gesundheitlichen Prävention mindestens die Mittel, die sie 2004 hierfür aufgewendet haben. Die Mittel werden jährlich entsprechend den der Steigerungsrate der Aufwendungen der sozialen Präventionsträger fortentwickelt."

Begründung:

Zusätzlich zu dem Bekenntnis von Bund und Ländern zu ihrer Verantwortung in der gesundheitlichen Prävention wird ein finanzieller Beitrag dieser Körperschaften gefordert.

Abs. 3

In § 6 Abs. 3 ist vorgesehen, dass sich die Krankenkassen mit den in den Ländern und Kommunen zuständigen Stellen und Diensten über regionale Erfordernisse von gesundheitlicher Prävention (umfassend primäre, sekundäre und tertiäre Prävention) abzustimmen haben. Diese Regelung wird von den Spitzenverbänden abgelehnt, weil sie nicht erforderlich ist.

Änderungsvorschlag:

§ 6 Abs. 3 ist ersatzlos zu streichen.

Begründung:

Bezüglich der Leistungen in den Feldern der Sekundär- und Tertiärprävention sowie für die Verhaltensprävention wird kein gesonderter Abstimmungsbedarf mit den Ländern gesehen. Die Abstimmung im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wird umfassend in den Rahmenvereinbarungen nach § 18 Bundespräventionsgesetz geregelt. Eine gesonderte Regelung in § 6 Abs. 3 ist daher nicht erforderlich.

§ 7 Soziale Präventionsträger

Nach dieser Vorschrift werden lediglich die Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung als Präventionsträger benannt. Die Beschränkung auf diese Sozialversicherungsträger ist nicht gerechtfertigt, weil die Träger der Arbeitsförderung und die private Kranken- bzw. Pflegeversicherung gänzlich unberücksichtigt bleiben³. Die vorgesehene Regelung ist daher zu modifizieren.

Nach den Regelungen in Abs. 1 Nr. 4 der Vorschrift wird der Präventionsauftrag der Träger der sozialen Pflegeversicherung auch auf Maßnahmen der Gesundheitsförderung einschließlich der betrieblichen Gesundheitsförderung bezogen. Dies ist aus Sicht der Spitzenverbände nicht sachgerecht. Der Präventionsauftrag der Träger der sozialen Pflegeversicherung sollte stärker auf deren originären Versorgungsauftrag konzentriert werden.

Gemäß Nr. 5 soll die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung entwickeln und durchführen. Hierbei kommen aus Sicht der GKV nur versichertenbezogene, die primärpräventiven und gesundheitsfördernden Projekte auf

³ abweichendes Votum AOK-Bundesverband, vgl. Fn. 1 und 2

Federführend für die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen:

Bundes- und Landesebene begleitende Aufklärungsmaßnahmen in Teilfinanzierung in Betracht.

Änderungsvorschlag:

§ 7 wird wie folgt gefasst bzw. ergänzt:

"Träger von Leistungen zur gesundheitlichen Prävention (soziale Präventionsträger) können sein [...]

4. die Träger der sozialen Pflegeversicherung zur Durchführung von Maßnahmen nach § 3 Abs. 2 Nr. 1 und 2, Abs. 4 Nr. 6 sowie Abs. 5 **mit Ausnahme von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung;**
5. **die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zur Wahrnehmung von versichertenbezogenen, die Projekte auf Bundes- und Landesebene begleitende Maßnahmen in Teilfinanzierung nach § 3 Abs. 2 Nr. 1 und Abs. 5 Nr. 2 in Verbindung mit § 17 Abs. 7;**
6. **die privaten Krankenversicherungsunternehmen zur Durchführung von Maßnahmen nach § 3 Abs. 2, Abs. 3, Abs. 4 Nr. 1 bis 4 und Abs. 5;**
7. **die privaten Krankenversicherungsunternehmen als Träger der privaten Pflegeversicherung zur Durchführung von Maßnahmen nach § 3 Abs. 2 Nr. 1 und 2, Abs. 4 Nr. 6 sowie Abs. 5 mit Ausnahme von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung;**
8. **die Träger der Arbeitsförderung zur Durchführung von Maßnahmen nach § 3 Abs. 2, Abs. 4 Nr. 1 – 4 und Abs. 5.⁴**

Begründung:

Der Präventionsauftrag der Träger der sozialen Pflegeversicherung soll aufgrund ihres gesetzlichen Auftrags keine Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung umfassen.

Die Einbeziehung der Träger der Arbeitsförderung in das Präventionsgesetz ist aufgrund der nachweislich erhöhten Krankheitsrisiken von Leistungsempfängern – denen durch gezielte Maßnahmen entgegengewirkt werden könnte - zweckmäßig. Eine verpflichtende Beteiligung der privaten Kranken- bzw. Pflegeversicherung an der Finanzierung, insbesondere von Leistungen in Lebenswelten, ist deswegen zwingend, da diese Maßnahmen regelmäßig auch den dort anzutreffenden Privatversicherten zugute kommen.

Durch die Änderung zu Nr. 5 wird gewährleistet, dass die Mittel der Stiftung nicht für allgemeine bevölkerungsbezogene Aufklärungsmaßnahmen, für die die öffentliche Hand primär die Verantwortung trägt, zweckentfremdet werden.

⁴ abweichendes Votum AOK-Bundesverband, vgl. Fn. 1 und 2

Abschnitt 2

Informationsgrundlagen für gesundheitliche Prävention

§ 9

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Abs. 3

Die Regelung sieht vor, dass die Gesundheitsberichte in Abständen von 7 Jahren zu erstellen sind.

Änderungsvorschlag:

§ 9 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

"[...] in Abständen von **acht** Jahren [...]."

Begründung:

Die Berichterstattungen nach § 9 Abs. 3 (sieben Jahre), § 11 Abs. 7 (sieben Jahre) und § 25 Abs. 1 (vier Jahre) sollten synchronisiert werden. Es bietet sich deshalb an, die Abstände auf acht Jahre (bei den Zielen analog) zu verlängern.

Abschnitt 3

Zielorientierung und Koordinierung der primären Prävention und Gesundheitsförderung

§ 11

Ziele und Teilziele der primären Prävention und Gesundheitsförderung

Abs. 1

Die Regelung in § 11 Abs. 1 sieht vor, dass die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung *Empfehlungen* zu Präventionszielen und Teilzielen beschließt. Diese Formulierung wird der von den Spitzenverbänden geforderten Verbindlichkeit der Ziele nicht gerecht und wird daher abgelehnt.

Die Vorschrift sollte hinsichtlich der Verbindlichkeit der Ziele und Teilziele klar formuliert und ergänzt werden.

Änderungsvorschlag:

"(1) Zur einheitlichen Zielorientierung nach § 10 Satz 1 Nr. 1 beschließt die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung

1. **vorrangige Ziele** der primären Prävention und Gesundheitsförderung mit Bezug [...] und
2. **Teilziele** zur Konkretisierung der Präventionsziele."

Der weitere Gesetzestext ist entsprechend anzupassen.

Begründung:

Eine effektive Präventionspolitik erfordert konsenterte nationale Präventionsziele.

Abs. 6 Satz 4

Für den Fall, dass Beschlüsse innerhalb des vorgesehenen Verfahrens nicht zustande kommen, sieht die Regelung in Abs. 6 ein Schiedsverfahren vor. Das Nähere zur Einrichtung der Schiedsstelle, wie Organisation und Bestellung der Mitglieder, soll vom BMGS bestimmt

werden. Diese Vorschrift ist als Eingriff in die Selbstverwaltungsautonomie abzulehnen. Statt dessen sollte ein selbstverwaltungsnahe Konfliktlösungsmechanismus gewählt werden.

Änderungsvorschlag:

Einrichtung einer selbstverwaltungsnahe Schiedsstelle analog § 89 SGB V oder § 76 SGB XI.

Begründung:

Ebenso wie der Ziele-Prozess sachgerecht als Aufgabe der Selbstverwaltung ausgestaltet ist, muss auch die Ausgestaltung des Schiedsverfahrens Aufgabe der Selbstverwaltung sein.

Abs. 7

Die Vorschrift sieht eine erstmalige Beschlussfassung zu Zielen und Teilzielen zum 01.01.2006 vor. Diese Frist ist aus Sicht der Spitzenverbände angesichts der komplexen Aufgabenstellung und Abstimmungsprozesse zu kurz bemessen. Der Zeitrahmen ist daher zu modifizieren.

Ferner ist bis zur erstmaligen Beschlussfassung über Ziele und Teilziele vorgesehen, dass die Ziele, Teilziele und Maßnahmenvorschläge zur primären Prävention des Abschlussberichtes von gesundheitsziele.de gelten sollen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben unter Beteiligung unabhängigen Sachverständigen (Beratende Kommission, u. a. besetzt mit Vertretern von Bund, Ländern, BZgA, Sachverständigenrat) Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V erarbeitet, die sich in der Praxis bewährt haben. Sie decken die wichtigsten Handlungsfelder der Prävention, nämlich Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressreduktion/Entspannung sowie Genuss- und Suchtmittelkonsum ab. Aus Sicht der Spitzenverbände ist es sachgerecht, auf diese bewährten Handlungsfelder und Kriterien auch im Sinne der Kontinuität bis zur erstmaligen Beschlussfassung zurückzugreifen. Die Vorschrift sollte deshalb modifiziert werden.

Änderungsvorschlag:

§ 11 Abs. 7 ist wie folgt zu fassen:

"Die Empfehlungen nach Abs. 1 und die Vorschläge nach Abs. 4 werden erstmals zum **01.07.2006** und [...]. Bis zur erstmaligen Beschlussfassung **gelten die Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils geltenden Fassung entsprechend.**"

Begründung:

Für die Abstimmung von Präventionszielen und Teilzielen ist eine angemessene Frist vorzusehen.

Bis zur erstmaligen Beschlussfassung der Stiftung über Präventionsziele und Teilziele sollten die in dem GKV- Leitfaden dargelegten Handlungsfelder und Präventionsprinzipien als Präventionsziele gelten, um eine Einengung z. B. auf bestimmte Altersgruppen zu vermeiden:

- Handlungsfeld "Bewegung":
 - Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
 - Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
- Handlungsfeld "Ernährung":
 - Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
 - Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
- Handlungsfeld "Stressreduktion/Entspannung":
 - Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten
- Handlungsfeld "Genuss- und Suchtmittelkonsum":
 - Verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln.

Abs. 8

Die Vorschrift regelt den Austausch zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen bzgl. der Berücksichtigung der Ziele und Teilziele in der vertragsärztlichen Versorgung. Aus Gründen der Rechtssicherheit ist es erforderlich, die lediglich in der Begründung vorgesehene Maßgabe, dass es hierbei nicht zu Leistungsausweitungen kommen darf, in den Gesetzestext zu übernehmen.

Änderungsvorschlag:

Abs. 8 wird wie folgt ergänzt:

"[...] **Leistungsausweitungen sind auszuschließen.**"

Begründung:

Die Ergänzung dient der Klarstellung.

**§ 12
Präventionsprogramme**

Abs. 3

Die Regelung sieht vor, dass den Entscheidungsgremien nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 die Möglichkeit eröffnet wird, die Präventionsziele und Teilziele nach § 11 um weitere Ziele und Teilziele zu ergänzen. Diese Regelung ist aus Sicht der Spitzenverbände aus den bereits zu § 11 genannten Gründen abzulehnen, da hierdurch die zielbezogene Stärkung der Prävention insgesamt geschwächt wird und zudem die durch die Stiftung zu initiiierenden begleitenden Kampagnen in ihrer Wirkung untergräbt.

Änderungsvorschlag:

Abs. 3 Satz 2 ist ersatzlos zu streichen.

Begründung:

Zur zielgerichteten Stärkung der Prävention müssen Ziele auf Bundes- wie auf Landesebene gleichermaßen verbindlich sein.

**Abschnitt 4
Gesundheitliche Aufklärung**

§§ 13 ff.

Nach diesen Regelungen werden den sozialen Präventionsträgern umfassende Zuständigkeiten für die gesundheitliche Aufklärung in allen Bereichen der Prävention zugewiesen. Die Aufgaben der BZgA sind dagegen auf gesetzlich festgelegte Bereiche eingeschränkt. Aus Sicht der Spitzenverbände sind von der Stiftung zur Unterstützung der Umsetzung von primärpräventiven Präventionszielen ausschließlich versichertenbezogene, die Projekte auf

Bundes- und Landesebene begleitende Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung in Teilfinanzierung zu initiieren. Die vorgeschlagenen Regelungen werden deshalb abgelehnt.

Änderungsvorschlag:

Die Vorschriften des Vierten Abschnitts sind insgesamt zu überarbeiten. Dabei muss sichergestellt sein, dass die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zuständig ist für versichertenbezogene, projektbegleitende Kampagnen der Maßnahmen der primären Prävention und Gesundheitsförderung, die in Teilfinanzierung initiiert werden. Originär zuständig für bevölkerungsbezogene Kampagnen ist demgegenüber die öffentliche Hand. In diesem Zuge sollte auch in § 11 Abs. 1 BZgA – Errichtungsgesetz der letzte Satz, der die Erstattung von Aufwendungen der BZgA für Auftragsleistungen der Stiftung vorsieht, gestrichen werden.

Begründung:

Bevölkerungsbezogene Aufklärungsmaßnahmen sind ein bewährtes Instrument der Prävention und Gesundheitsförderung. Aufklärungsmaßnahmen erreichen nicht nur Versicherte der berücksichtigten Sozialversicherungszweige, sondern sind auf die gesamte Bevölkerung ausgerichtet. Deshalb ist es sachgerecht, dass im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht primär die öffentliche Hand für Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung zuständig bleibt. Eine darüber hinausreichende Zuständigkeit der Präventionsträger nach dem Präventionsgesetz ist demgegenüber subsidiär.

Die öffentliche Hand muss sich klar zu ihrer Verantwortung für gesundheitliche Aufklärung bekennen und darf sich dieser nicht durch die vorgesehenen Regelungen im Präventionsgesetz entziehen und die Kostenlast für diese originär ihr zufallende Aufgabe auf die Versicherungsgemeinschaft abwälzen.

Abschnitt 5 **Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung**

§ 15 **Verhaltensprävention**

Abs. 3

(i.V. mit § 10, § 20 Abs. 3 SGB V, § 12 a SGB VI sowie § 45 e SGB XI)

Aufgrund der beabsichtigten Einführung verhaltenspräventiver Leistungen in der Rentenversicherung (§ 12 a SGB VI) und Pflegeversicherung (§ 45 e SGB XI) zusätzlich zu denjenigen in der Krankenversicherung (§ 20 SGB V) wird es erforderlich, die Zuständigkeiten der Träger auf diesem Feld klar voneinander abzugrenzen.

Die Regelung sieht zudem vor, dass die Leistungen zur Verhaltensprävention "einheitlich erbracht werden". Sie ist aus Sicht der Spitzenverbände zu weitgehend, da hierdurch Kreativität und Innovation bei den einzelnen Präventionsträgern behindert werden. Die Regelung ist deshalb einzuschränken.

Änderungsvorschlag:

§ 15 Abs. 3 wird wie folgt ergänzt:

""[...] und unter Einbeziehung ärztlichen und anderen fachspezifischen Sachverständes sicher, dass sie **den gemeinsamen und einheitlichen** Handlungsfeldern und Kriterien insbesondere hinsichtlich Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik **entsprechen**. Hierzu **sowie bezüglich Zuständigkeit, Gegenstand, Umfang und Ausführung der Leistungen** schließen die [...]."

Begründung:

Die vorgeschlagene Modifizierung stellt sicher, dass Leistungen zur Verhaltensprävention auf Grundlage gemeinsamer und einheitlicher Kriterien erbracht werden, ohne den Handlungsspielraum innovationsbehindernd einzuschränken.

Ein allgemeiner Auftrag zu einer koordinierten Leistungserbringung reicht nicht aus, da im Entwurf die Zuständigkeitsbereiche der einzelnen Träger nicht klar voneinander abgegrenzt sind. Der in der Begründung zu § 20 Abs. 3 SGB V genannte Grundsatz, dass die Pflegeversicherung vorrangig verhaltenspräventive Leistungen zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit, die Rentenversicherung vorrangig Leistungen zur Verhinderung der Erwerbsunfähigkeit und die GKV nachrangig Leistungen zur Überwindung gesundheitsschädigender Verhal-

tensweisen und Stärkung gesundheitlicher Kompetenzen erbringen soll, ist nicht trennscharf. Beispielsweise steuern Bewegungskurse zur Stärkung von Herz-Kreislauf oder Muskel- und Skelettsystem alle drei genannten Ziele an. Sofern die Normierung verhaltenspräventiver Leistungsansprüche in der Renten- und Pflegeversicherung wie geplant umgesetzt wird, sind eindeutige Abgrenzungskriterien für die Verantwortungsbereiche der Träger erforderlich. Diese sollten in der Vereinbarung der sozialen Präventionsträger definiert werden.

§ 16 **Ärztlich erbrachte oder veranlasste Leistungen**

Abs. 1

Die Regelung sieht vor, dass die sozialen Präventionsträger nach § 7 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 3 Leistungen zur primären Prävention durch Ärztinnen und Ärzte oder auf ärztliche Veranlassung erbringen, wenn die Leistungen nur unter ärztlicher Beteiligung erbracht werden können oder ihre Bewilligung eine ärztliche Begutachtung des Gesundheitszustands der Versicherten erfordert.

Änderungsvorschlag:

§ 16 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

"[...] erbringen Leistungen zur **gesundheitlichen** Prävention [...]"

Begründung:

Leistungen der primären Prävention bedürfen keiner ärztlichen Begutachtung, da sie sich an gesunde Versicherte richten. Weiter ist eine Leistungsausweitung dahingehend zu vermeiden und sicherzustellen, dass individuelle Gesundheitsleistungen (z.B. sportmedizinische Begutachtung) nicht aus Mitteln für Primärprävention und Gesundheitsförderung vergütet werden. Die Änderung ist auch deshalb sachgerecht, weil die in Abs. 2 aufgeführten Leistungen nicht unter primäre Prävention zu subsumieren sind.

§ 17 Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Abs. 4 Satz 1

Mit der vorgesehenen Regelung wird bezweckt, dass Träger von Lebenswelten einen angemessenen Eigenanteil für Leistungen erbringen. Aus Sicht der Spitzenverbände führt diese Regelung zu Unsicherheiten bei der Bemessung der Höhe des Eigenanteils und ist deshalb abzulehnen.

Änderungsvorschlag:

Absatz 4 wird wie folgt geändert:

Nach den Wörtern "angemessenen Eigenanteil" werden die Wörter **"in Höhe von mindestens 30 vom Hundert der Gesamtkosten"** eingefügt.

Begründung:

Der geforderte Eigenanteil ist aus Gründen der Rechtssicherheit und zur Stabilisierung des Eigeninteresses der Träger der Lebenswelt zu quantifizieren.

Es sollte nach Abs. 4 ein zusätzlicher Abs. 4a eingefügt werden:

"(4a) Personal- und Sachaufwendungen, die soziale Präventionsträger im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 17 zusätzlich aufbringen, sind auf die nach § 23 Abs. 1 Nr. 2 und 3 aufzubringenden Mittel anzurechnen."

Begründung:

Das bei den sozialen Präventionsträgern vorhandene Know-how sollte in die Lebensweltprojekte eingebracht werden können. Das sollte unter Anrechnung der damit verbundenen Kosten ermöglicht werden. Damit wird das Fachpersonal der sozialen Präventionsträger externen Fachleuten, die Träger von Lebenswelten bei Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Bedarfsfall unterstützen, gleichgestellt.

Abs. 6

In der Regelung ist vorgesehen, dass in den Rahmenvereinbarungen auf Landesebene zeitlich befristet die ersatzweise Erbringung lebensweltbezogener Präventionsmaßnahmen durch einzelne Präventionsträger vorgesehen werden kann. Die zeitliche Befristung ist aus Sicht der Spitzenverbände nicht sachgerecht, da hierdurch bewährte Maßnahmen und bestehende Kooperationen in ihrer Existenz gefährdet werden. Außerdem ist aus Sicht der Spitzenverbände im Sinne einer einheitlichen Umsetzung des Präventionsgesetzes in den Ländern sicherzustellen, dass die Rahmenvereinbarungen Regelungen vorzusehen haben, nach denen die sozialen Präventionsträger unbefristet eigenverantwortlichen Leistungen in Lebenswelten erbringen können.

Änderungsvorschlag:

Abs. 6 ist wie folgt zu fassen:

"In Rahmenvereinbarungen nach § 18 Abs. 1 **ist vorzusehen**, dass soziale Präventionsträger mit Zustimmung des nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 bestellten Entscheidungsgremiums anstelle der Beteiligung an gemeinsamen und einheitlichen Leistungen nach Abs. 1 eigenverantwortliche Leistungen erbringen können, **um vor Inkrafttreten des Gesetzes begonnen Projekte und Prozesse eigenverantwortlich fortführen zu können. Diese Leistungen müssen** den Anforderungen nach Abs. 4 genügen. Die Rahmenvereinbarung kann dies an besondere Voraussetzungen knüpfen. Im Übrigen **hat** die Rahmenvereinbarung **vorzusehen**, dass gemeinsam und einheitlich beschlossenen Leistungen nach Abs. 1 von einzelnen sozialen Präventionsträgern **unbefristet eigenverantwortlich** durchgeführt werden können."

Begründung:

Die eigenverantwortliche Erbringung lebensweltbezogener Präventionsmaßnahmen durch einzelne Präventionsträger ist generell und nicht nur zeitlich befristet zu ermöglichen.

§ 18 Organisation der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Abs. 1 Nr. 1 bis 5

Mit der vorgesehenen Regelung werden die Sozialversicherungsträger verpflichtet, mit den in den Ländern zuständigen Stellen Rahmenvereinbarungen zur Durchführung von Maßnahmen der Prävention in Lebenswelten zu schließen. Aus Sicht der Spitzenverbände ist es

Federführend für die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen:

erforderlich, die vorgesehenen Mindestinhalte der Rahmenvereinbarungen insbesondere mit Blick auf die Entscheidungshoheit und Mittelverwaltung im Gesetz zu konkretisieren.

Darüber hinaus sollten die Spitzenorganisationen der sozialen Präventionsträger auf Bundesebene die Inhalte der Rahmenvereinbarungen in einer Rahmenempfehlung festlegen. Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten kann nur dann zielgerichtet gestärkt werden, wenn bundesweit vergleichbare Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Änderungsvorschlag:

§ 18 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

"[...] Die Rahmenvereinbarungen regeln mindestens:

[...]

3. die bei den Entscheidungen einzuhaltenden Verfahren einschließlich der Stimmberechtigung und der für die Beschlussfassung erforderlichen Mehrheiten; **dabei ist festzulegen, dass die Stimmberechtigung am Umfang der für Leistungen nach § 17 Absatz 1 aufgebrachten Mittel auszurichten ist und Entscheidungen nicht gegen das Votum der sozialen Präventionsträger getroffen werden können;**
4. die Organisation der Mittelaufbringung für Leistungen nach § 17 Abs. 1; **dabei ist zu regeln, dass die Mittel der sozialen Präventionsträger bis zur Entscheidung zur Förderung konkreter Projekte bei den einzelnen sozialen Präventionsträgern verbleiben.**

[...] Die Spitzenverbände der sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 bis 4 haben gemeinsam bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Rahmenvereinbarungen nach Satz 1 zu beschließen."

Begründung:

Für die Spitzenverbände ist von grundsätzlicher Bedeutung, dass die letztendliche Entscheidungshoheit über die Verwendung von Mitteln der Sozialversicherung bei den jeweiligen Kostenträgern verbleibt. Dazu ist den Sozialversicherungsträgern entsprechend ihrer Finanzierungsverantwortung das alleinige Entscheidungsrecht einzuräumen.

Wesentlich ist auch, dass die für die Förderung von Gemeinschaftsprojekten auf Landesebene vorgesehenen Mittel bis zur Entscheidung zur Förderung konkreter Projekte bei den einzelnen Kostenträgern verbleiben. Eine entsprechende Regelung ist als Mindestinhalt in den Rahmenvereinbarungen festzulegen.

Bundesrahmenempfehlungen zu den Inhalten der Rahmenvereinbarung auf Landesebene stellen sicher, dass Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten bundesweit zielgerichtet gestärkt werden. Daher sind analog der Regelungen in § 21 SGB V (Verhütung von

Zahnerkrankungen, Gruppenprophylaxe) auch hier Rahmenempfehlungen durch die Bundesebene vorzusehen.

§ 20 Wirksamkeit und Qualitätssicherung

Abs. 1

Mit der vorgesehenen Regelung wird festgelegt, dass Leistungen zur Verhaltensprävention nur erbracht werden dürfen, wenn die Wirksamkeit wissenschaftlich hinreichend erwiesen ist. Ist dies noch nicht der Fall, ist vorgesehen, dass zwischen dem Leistungsträger und dem Erbringer der Leistung vertraglich festgelegt werden kann, dass die Wirksamkeit innerhalb einer angemessenen Frist begleitend nachzuweisen ist. Eine solche Ausnahmeregelung ist im Sinne einer gegebenenfalls modellhaften Erprobung von Leistungen zur Verhaltensprävention sinnvoll. Jedoch ist sicherzustellen, dass Leistungen, für die keine Wirksamkeitsbelege gefunden wurden, nicht nochmals erbracht werden können.

Änderungsvorschlag:

§ 20 Abs. 1 sollte wie folgt ergänzt werden:

"[...] nachzuweisen ist. **Maßnahmen, für die bereits Wirksamkeitsuntersuchungen mit negativem Ergebnis vorgenommen wurden, dürfen nicht nochmals zu Lasten der sozialen Präventionsträger erbracht werden.**[...]"

Begründung:

Die Änderungen dienen der Klarstellung.

Abs. 3

Die Regelung sieht vor, dass die Qualitätsstandards von der Stiftung als "Empfehlungen" beschlossen werden. Um die im Gesetz vorgesehene Verbindlichkeit zu gewährleisten, sollte die Regelung modifiziert werden.

Änderungsvorschlag:

Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

Federführend für die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen:

"[...] beschließt **Anforderungen und Kriterien** [...]."

Begründung:

Die Änderung dient der Klarstellung.

Abs. 4

Die Regelung sieht stichprobenhafte Qualitätskontrollen der Maßnahmen und Leistungen zur gesundheitlichen Prävention vor. Die Krankenkassen überprüfen bereits die Qualität der erbrachten Maßnahmen. Auf die hierzu entwickelten, bewährten Instrumente sollte zurückgegriffen werden. Die Regelung ist aus Sicht der Spitzenverbände daher zu ergänzen.

Änderungsvorschlag:

Abs. 4 ist um folgenden Satz 3 zu ergänzen:

"[...] **Dabei soll auf bereits vorhandene, bewährte Instrumentarien der Qualitätssicherung zurückgegriffen werden.**"

Begründung:

Durch die Ergänzung wird der Rückgriff auf bewährte Instrumente zur Qualitätssicherung sichergestellt, wie sie zum Beispiel bereits von den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Rahmen der Umsetzung von § 20 SGB V entwickelt wurden.

Abs. 5

Die Regelung sieht vor, dass von der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung erstmalig zu 01.07.2006 Qualitätsstandards beschlossen werden. Um die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen der Spitzenverbände der Krankenkassen, die erst in 2006 vorliegen werden, berücksichtigen zu können, ist ein späterer Zeitpunkt der erstmaligen Beschlussfassung erforderlich. Die Vorschrift ist deshalb zu modifizieren.

Änderungsvorschlag:

Abs. 5 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

"Die Qualitätsstandards werden erstmals zum **01.01.2007** beschlossen [...]."

Begründung:

Durch die längere Frist können die Erfahrungen der Spitzenverbände aus der Umsetzung von § 20 SGB V berücksichtigt werden.

Sechster Abschnitt Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention

§ 21 Grundsätze

Abs. 1

In § 21 Abs. 1 ist vorgesehen, dass die sozialen Präventionsträger und ihre Verbände Modellvorhaben einzeln oder gemeinsam durchführen können. Es ist klarzustellen, dass sich die Modellvorhaben auf die primäre Prävention und Gesundheitsförderung beziehen und die Zusammenarbeit mit Dritten auch möglich, jedoch nicht Voraussetzung für die Durchführung des Modellvorhabens ist. Aus Sicht der Spitzenverbände ist die Vorschrift daher zu modifizieren.

Änderungsvorschlag:

Abs. 1 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

Nach den Wörtern "einzeln oder gemeinsam Modellvorhaben" sind die Wörter „**zur primären Prävention und Gesundheitsförderung**“ einzufügen.

Abschnitt 7 **Umfang und Verteilung der Mittel**

§ 23 **Aufbringung und Verteilung der Mittel für primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

Die Vorschriften regeln die zukünftige Verteilung der für die primäre Prävention letztendlich zur Verfügung stehenden Mittel (250 Mio. Euro) der sozialen Präventionsträger für die Maßnahmen der Stiftung, die Verhaltensprävention sowie lebensweltbezogene Maßnahmen auf Landesebene. Danach sollen ab dem Jahr 2005 anwachsend bis zum Jahr 2008 50 Mio. Euro (20 % der Mittel) für die Stiftung, 100 Mio. Euro (40 % der Mittel) für lebensweltbezogene Maßnahmen und 100 Mio. Euro (40 % der Mittel) für Verhaltensprävention und betriebliche Gesundheitsförderung verausgabt werden.

Die Spitzenverbände lehnen die vorgesehene Mittelverteilung ab. Die Finanzausstattung auf Bundes- und Landesebene mit ca. 150 Mio. Euro wird für deutlich überhöht angesehen. Gemäß des Konsenses zwischen Bundesministerin Ulla Schmidt und den Spitzenverbänden der Krankenkassen von Juni 2004 sollten insgesamt 50 Mio. Euro (davon 35 Mio. Euro von der gesetzlichen Krankenversicherung) für die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere in außerbetrieblichen Lebenswelten und flankierende Maßnahmen der Stiftung (wie z.B. Präventionsziele, Qualitätsstandards, begleitende Kampagnen, Modellprojekte) vorgesehen werden. Vor dem Hintergrund des modifizierten Aufgabenzuschnitts, nach dem die Lebensweltprojekte nunmehr im Wesentlichen auf Landesebene abgewickelt werden sollen, ergibt sich aus Sicht der Spitzenverbände lediglich die Notwendigkeit einer modifizierten Zuteilung der im Juni 2004 konsentierten Mittel in Höhe von insgesamt 50 Mio. Euro; eine Verdreifachung der Mittel auf insgesamt 150 Mio. Euro ist dagegen nicht ableitbar und wird ausdrücklich als nicht sachgerecht abgelehnt.

Das in Abs. 5 vorgesehene automatische Anwachsen der Beträge legt die Anwachsstufen ohne ergebnis- und kriteriengestützte Wirksamkeitsüberprüfung sowie ohne eine Orientierung an einem nachgewiesenen Bedarf schematisch fest. Die Regelung wird deshalb abgelehnt. Ebenso wird die für das Jahr 2005 vorgesehene Finanzausstattung abgelehnt. Sachliche Erwägungen sprechen aus Sicht der Spitzenverbände gegen ein Inkrafttreten finanzwirksamer Regelungen vor dem 01. Januar 2006. Insbesondere die Projekte in Lebenswelten, die sich im Allgemeinen durch einen hohen Koordinierungs- und Abstimmungsaufwand auszeichnen – bedürfen einer gewissen Vorlaufzeit.

Änderungsvorschlag:

Insgesamt sollte § 23 wie folgt formuliert werden:

- "(1) Im Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes sind
1. für die Wahrnehmung [...] von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 insgesamt **144** Millionen Euro und den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Abs. 1 Nr. 4 insgesamt **8** Millionen Euro [...] aufzubringen;
 2. für die Wahrnehmung von Aufgaben nach § 17 von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 insgesamt **27** Millionen Euro [...] und von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Abs. 1 Nr. 4 insgesamt **1,5** Millionen Euro aufzubringen;
 3. als Zuwendung für die Stiftung [...] von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 insgesamt **9** Millionen Euro [...] und von den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Abs. 1 Nr. 4 insgesamt **0,5** Millionen Euro.
- (2) Unverändert
- (3) Unverändert
- (4) Unverändert
- (5) **Über ein Aufwachsen der ab dem Jahr 2006 zu leistenden Beträge nach Abs. 1 Nr. 2 und 3 bzw. die Reduzierung des Betrags nach Abs. 1 Nr. 1 ist auf der Grundlage der von der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zu formulierenden Kriterien ergebnisorientiert zu entscheiden.**
- (6) Unverändert"

Begründung:

Gemäß Konsens vom 10. Juni 2004 sollte für die übergeordneten Aufgaben (Präventionsziele, Qualitätssicherungsstandards etc.) sowie für die Stärkung der Prävention in außerbetrieblichen Settings in der Anfangsphase ab 2006 insgesamt ca. 50 Mio. Euro (20 % der Mittel) aufgewendet werden. Angesichts der politisch gewollten Aufteilung der Aufgaben auf die Bundes- und Landesebene ist aus Sicht der GKV eine Quotierung von 12,5 Mio. Euro für die Stiftung und 37,5 Mio. Euro für die lebensweltbezogenen Maßnahmen auf Landesebene angemessen. Über ein Aufwachsen der Beträge sollte auf der Grundlage der von der Stiftung entwickelten Kriterien bedarfs- und ergebnisgestützt entschieden werden.

§ 24 Verwendung nicht abgerufener Mittel

Abs. 1

Nach dieser Regelung ist vorgesehen, dass nicht genutzte Mittel für Maßnahmen der Verhaltensprävention zwangsweise dem Entscheidungsgremium auf Landesebene bzw. der Bundesebene für Maßnahmen der Prävention in Lebenswelten zur Verfügung gestellt werden. Diese Regelung greift aus Sicht der Spitzenverbände in unzulässiger Weise in die Selbstverwaltungskompetenzen ein und wird daher abgelehnt.

Änderungsvorschlag:

§ 24 Abs. 1 und 2 werden wie folgt geändert:

- "(1) Bei einem sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 bis 4 ab dem 1. Januar 2006 nicht abgerufene, für Leistungen bestimmte Mittel nach § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 werden von ihm im Folgejahr bedarfsgerecht zusätzlich für **entsprechende Leistungen oder** für Leistungen nach § 17 **verwandt**. § 23 Abs. 3 gilt entsprechend.
- (2) Bei einem sozialen Präventionsträger nach § 7 Nr. 1 bis 4 ab dem 1. Januar 2006 nicht abgerufene, für Leistungen bestimmte Mittel nach § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 werden von ihm im Folgejahr bedarfsgerecht zusätzlich für Leistungen nach § 17 **verwandt oder können für Leistungen nach § 17 auf Länderebene zur Verfügung gestellt werden.**"

Begründung:

Die geforderte Änderung entspricht dem Grundsatz der Selbstverwaltung in Bezug auf die Verwendung der solidarisch aufgebrauchten Beitragsmittel.

Abschnitt 8 Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention

§ 26 Präventionsbericht

Abs. 1

Mit der vorgesehenen Regelung wird festgelegt, dass die Bundesregierung dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat in jeder Legislaturperiode einen Präventionsbericht vorlegt. Dieser soll neben Themen wie z. B. gesundheitsrelevante Lebensbedingungen, Verhaltensweisen, Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention nach diesem Gesetz und dessen Auswirkung ebenfalls den Grad der Zielerreichung nach § 11 enthalten. Die vorgesehene Regelung sollte daher modifiziert werden.

Änderungsvorschlag:

§ 26 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt ergänzt:

"[...] sowie über die Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention nach diesem Gesetz, deren Auswirkungen und den Grad der jeweiligen Ziel- bzw. Teilzielerreichung."

Begründung:

Der Präventionsbericht sollte zur Erhöhung seiner Aussagekraft auch Ausführungen zum Grad der Zielerreichung in Bezug auf die beschlossenen Präventionsziele enthalten.

Abs. 2

Diese Regelung sieht vor, dass die Bundesregierung ihren Bericht auf der Grundlage des Gutachtens des von der Sozialversicherung finanzierten Wissenschaftlichen Beirats erstellt. Diese Regelung wird von den Spitzenverbänden abgelehnt, weil die Präventionsberichterstattung, wie Abs. 1 zutreffend regelt, originäre Aufgabe des Bundes ist, die nicht aus Mitteln der Sozialversicherung zu finanzieren ist (die den Wissenschaftlichen Beirat zu finanzieren hat), sondern aus Haushaltsmitteln des Bundes. Zudem soll der Wissenschaftliche Beirat die Gremien der Stiftung beraten. Diese Funktion würde durch die Beauftragung zur Gutachtererstellung in erheblichem Maße beeinträchtigt. Außerdem steht diese Regelung im Wider-

spruch zum Gebot der Unabhängigkeit, die beim Wissenschaftlichen Beirat der Stiftung als maßgebliche Akteurin im künftigen Präventionsgeschehen eingeschränkt ist. Die Vorschrift ist deshalb zu modifizieren.

Änderungsvorschlag:

§ 26 Abs. 2 ist wie folgt zu formulieren:

"Die Bundesregierung erstellt ihren Bericht auf der Grundlage eines Gutachtens **des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen** [...]"

Begründung:

Der Bund sollte sich zur Erfüllung der ihm zugewiesenen Aufgabe der Präventionsberichterstattung eigener Organe bedienen. Hierfür bietet sich der Sachverständigenrat an.

Artikel 2
Gesetz über die Stiftung Prävention
und Gesundheitsförderung
(Präventionsstiftungsgesetz – PrävStiftG)

§ 3
Stiftungsvermögen

Die Vorschrift regelt die Ausstattung der Stiftung mit einem Stiftungsvermögen durch die sozialen Präventionsträger. Durch diese Regelung werden Beitragsmittel der sozialen Präventionsträger gebunden und stehen nicht mehr unmittelbar für Aufgaben der Prävention zur Verfügung. Aus diesem Grund wird die Regelung abgelehnt.

Da aus Sicht der Spitzenverbände die Träger der Arbeitsförderung sowie die private Kranken- und Pflegeversicherung ebenfalls in den Kreis der soziale Präventionsträger aufzunehmen sind (§ 7 PräVG), sollten sie sich auch als Stifter an der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung beteiligen. Die Vorschrift ist aus Sicht der Spitzenverbände daher zu modifizieren.

Änderungsvorschlag:

Die Vorschrift ist wie folgt zu fassen:

"Zur Erfüllung des Stiftungszwecks erhält die Stiftung jährliche Zuwendungen der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Träger der Arbeitsförderung, der Träger der privaten Kranken- und Pflegeversicherung und der sozialen Pflegeversicherung nach § 23 Abs. 1 Nr. 3 Präventionsgesetz. Die Stiftung ist Berechtigter, Zuwendungen von Dritten anzunehmen."

Begründung:

Eine Ausstattung der Stiftung mit Stiftungsvermögen ist nicht sachgerecht. Im übrigen handelt es sich um eine Folgeänderung aus § 7 PrävG.

§ 4 Satzung

Nach dieser Vorschrift ist vorgesehen, dass die Satzung der Stiftung durch das BMGS genehmigt werden muss. Weiterhin ist vorgesehen, dass das BMGS befugt ist, bei Nichtzustandekommen eines Satzungsbeschlusses des Stiftungsrates den Inhalt der Satzung festzulegen.

Die Befugnis zur Ersatzvornahme bei Nichtzustandekommen eines Satzungsbeschlusses wird von den Spitzenverbänden abgelehnt. Da die Stiftung eine Einrichtung der Selbstverwaltung ist, sollte auch für den Fall, dass der Satzungsbeschluss nicht zustande kommt, ein selbstverwaltungsnaher Konfliktlösungsmechanismus gewählt werden. Die Vorschrift sollte deshalb modifiziert werden.

Änderungsvorschlag:

§ 4 Abs. 1 Satz 3 ist wie folgt zu ändern:

"Kommt ein Satzungsbeschluss nicht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 11 Abs. 6 PrävG den Inhalt der Satzung fest."

Begründung:

Da bereits für eine wesentliche Aufgabe der Stiftung – die Beschlussfassung über Präventionsziele und Teilziele – ein Schiedsverfahren vorgesehen ist, sollte diese selbstverwaltungsnah auszugestaltende Schiedsstelle auch für den Fall des Nichtzustandekommens des Satzungsbeschlusses zuständig sein. Die Interessen des BMGS sind durch das Genehmigungserfordernis der Satzung ausreichend gewahrt.

§ 6 Stiftungsrat

Abs. 2

Die Regelung sieht die Ermächtigung des BMGS vor, die Zusammensetzung des Stiftungsrates durch Rechtsverordnung zu ändern. Aus Sicht der Spitzenverbände entspricht diese Regelung nicht den Grundsätzen der Selbstverwaltung und sollte daher modifiziert werden.

Änderungsvorschlag:

Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

"Der Stiftungsrat kann nach Zustimmung des Stiftungsrates erweitert werden. Das Nähere regelt die Satzung."

Begründung:

Die Befugnis des Stiftungsrates, über seine Zusammensetzung selbst zu entscheiden, ist als selbstverwaltungsnahe Lösung sachgerecht. Es bedarf eindeutiger gesetzlicher Regelungen, wonach neu hinzutretene Stifter – auch mit den Stimmen von Bund, Ländern und Kommunen – die sozialen Präventionsträger nicht überstimmen können.

§ 7 Kuratorium

Abs. 1

In Nr. 7 und Nr. 8 der Vorschrift sind Vorschlagsrechte der Bundesregierung und des Bundesrates für die Besetzung des Kuratoriums vorgesehen. Diese Vorschlagsrechte sind aus Sicht der Spitzenverbände abzulehnen, weil sie zu einer doppelten Besetzung von Bund und

Ländern in den Gremien der Stiftung führen würden. Zudem führt die Regelung zu einer Ungleichbehandlung zwischen Sozialversicherungsträgern einerseits und Bundesregierung und Bundesrat andererseits. Aus den gleichen Gründen sind auch die Vorschlagsrechte des RKI und der BZgA (Nr. 2 und 3) zu streichen. Bei diesen Einrichtungen handelt es sich um nachgeordnete Bundesbehörden. Die Nr. 2, 3, 7 und 8 sind daher zu streichen.

Änderungsvorschlag:

Abs. 1 Nr. 2, 3, 7 und Nr. 8 sind ersatzlos zu streichen. Die Anzahl der Kuratoriumsmitglieder ist entsprechend auf 10 anzupassen.

Begründung:

Bund und Länder haben bereits ein Vorschlagsrecht zur Besetzung des Stiftungsrates und damit ausreichend Möglichkeit, ihre Interessen wahrzunehmen. Eine Doppelrepräsentanz ist zu vermeiden.

Andernfalls ist im Sinne einer Gleichberechtigung zwischen Bund und Ländern einerseits und SV-Trägern andererseits mindestens auch den sozialen Präventionsträgern in angemessenem Umfang ein Vorschlagsrecht für die Benennung von Kuratoriumsmitgliedern einzuräumen.

§ 9 Wissenschaftlicher Beirat

Nach dieser Vorschrift soll zukünftig ein Gutachten als Grundlage des Präventionsberichts der Bundesregierung vom wissenschaftlichen Beirat erstellt werden. Diese Regelung ist aus Sicht der Spitzenverbände aus den unter § 26 Abs. 2 PrävG genannten Gründen nicht sachgerecht und wird daher abgelehnt.

Änderungsvorschlag:

Abs. 2 Satz 1 ist ersatzlos zu streichen, Satz 2 wie folgt zu fassen: **"Der wissenschaftliche Beirat berät die Stiftung in allen Angelegenheiten, für die wissenschaftlicher Sachverstand erforderlich ist."**

Begründung:

Der wissenschaftliche Beirat hat als Organ der Stiftung die Aufgabe, ausschließlich die Stiftung zu beraten.

Zur weiteren Begründung siehe auch Stellungnahme zu § 26 PräVG.

Nach § 9 ist folgender Paragraph einzufügen:

**"§ 9 a
Externe Evaluation**

Die Arbeit der Stiftung wird extern evaluiert. Näheres regelt die Satzung."

Begründung:

Mit der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung wird eine gänzlich neue Struktur auf der Bundesebene geschaffen. Die Arbeit der Stiftung sollte durch eine externe unabhängige Evaluation in geeigneten Zeitabständen überprüft werden.

**Artikel 5
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**§ 20 b
Betriebliche Gesundheitsförderung**

Abs. 1

Abs. 1 regelt die Betriebliche Gesundheitsförderung als eigenständige Aufgabe der Krankenkassen neben der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Lebenswelten gemäß § 17 PräVG. Die Eigenständigkeit der Krankenkassen im Handlungsfeld der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach SGB V sollte gesetzlich klargestellt werden.

Änderungsvorschlag:

In Abs. 1 wird nach den Wörtern "Die Krankenkassen können" das Wort "**eigenständig**" eingefügt.

Begründung:

Die Änderung dient der Klarstellung.

Abs. 3

Abs. 3 Satz 1 verpflichtet die Krankenkassen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung, mit den zuständigen Unfallversicherungsträgern zusammenzuarbeiten. Die Zusammenarbeit ist zur Umsetzung eines ganzheitlichen Ansatzes in der Betrieblichen Gesundheitsförderung sinnvoll. Der Zwang zur Zusammenarbeit steht aber im Widerspruch zur Regelung der Betrieblichen Gesundheitsförderung als eigenständige Aufgabe der Krankenkassen nach § 20 b SGB V. Die Regelung ist daher zu weitgehend.

Abs. 3 Satz 2 sieht vor, dass die Krankenkassen bei der Aufgabenwahrnehmung zusammenarbeiten sollen. Ein kassenartenübergreifendes Vorgehen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung kann insbesondere in Betrieben sinnvoll sein, deren Mitarbeiter/innen bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert sind. Eine generelle Soll-Vorschrift zum kassenartenübergreifenden Vorgehen ist zu weitgehend.

Änderungsvorschlag:

Abs. 3 Satz 1 und 2 sind wie folgt zu formulieren:

"Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Abs. 1 **können** die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger **zur Umsetzung eines ganzheitlichen Ansatzes zusammenarbeiten**. [...] mit deren Zustimmung wahrnehmen zu lassen und **können** bei [...]".

Begründung:

Eine generelle Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern sowie eine Soll-Verpflichtung zum kassenübergreifenden Vorgehen in der Betrieblichen Prävention/Gesundheitsförderung im Gesetzestext ist zu weitgehend. Ggf. kann ein Hinweis in der Begründung erfolgen.

§ 20d

Förderung der Selbsthilfe

Absatz 1, Satz 2 und Absatz 2 Satz 2 sowie Absatz 3 Satz 4

Die Regelungen im Absatz 1, Satz 2 sowie im Absatz 2 Satz 2 sehen die Beteiligung der „Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen“ sowohl an der Beschließung des Verzeichnisses der Krankheitsbilder als auch bei der Beschließung der gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze und Absatz 3 Satz 4 die Beteiligung der „maßgeblichen Vertretungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen“ durch Beratung bei der Vergabe der Fördermittel aus der Gemeinschaftsförderung auf den jeweiligen Ebenen vor. Für die Beteiligung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe auf der Landes- und auf der örtlichen/regionalen Förderebene wird eine Klarstellung für erforderlich gehalten, „wer“ die jeweiligen maßgeblichen Vertretungen der Selbsthilfe sind.

Änderungsvorschlag:

In der Gesetzesbegründung erfolgt eine Konkretisierung der „Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen“ bzw. der „maßgeblichen Vertretungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen“ wie folgt:

„Die Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen benennen aus ihrer Mitte heraus Vertreterinnen bzw. Vertreter, die stellvertretend den Aufgaben nach § 20 d SGB V nachkommen sollen.“

Begründung:

Die Krankenkassen und ihre Verbände werden sich für das Antragsverfahren zur Gemeinschaftsförderung auf konkrete AnsprechpartnerInnen verständigen. Zur Erleichterung des Abstimmungs- und Förderverfahrens auf den jeweiligen Ebenen ist es deshalb sinnvoll, auf Seiten der Selbsthilfe entsprechend legitimierte AnsprechpartnerInnen vorzufinden.

Absatz 1 Satz 3

Die Regelung definiert die Anforderungen für die Förderungsfähigkeit der Selbsthilfekontaktstellen. Dies ist insgesamt hilfreich für die Umsetzung des Förderauftrags. Analog dazu wird eine Definition von „Selbsthilfeorganisationen“ für erforderlich gehalten, um Abgrenzungsprobleme zu den „für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen“ und zu sonstigen Dachorganisationen der Selbsthilfe zu vermeiden.

Änderungsvorschlag:

§ 20d Absatz 1 ist um den folgenden Satz 4 zu ergänzen:

"Zu Selbsthilfeorganisationen haben sich Selbsthilfegruppen auf Landes- oder Bundesebene zusammengeschlossen, die auf ein bestimmtes Krankheitsbild oder eine gemeinsame Krankheitsursache oder eine gemeinsame Krankheitsfolge spezialisiert sind."

Begründung:

Es handelt sich um eine Klarstellung, um Abgrenzungsprobleme auf den jeweiligen Förder-ebenen zu vermeiden.

Absatz 3

Hinsichtlich der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung bewerten die Spitzenverbände der Krankenkassen positiv, dass den Krankenkassen zur Entfaltung eigener Förderaktivitäten 50 % der Fördermittel verbleiben, um insbesondere die Weiterentwicklung der inhaltlichen Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und den Krankenkassen zu stärken und die sächliche und infrastrukturelle Förderung auch weiterhin zu ermöglichen. Die gesetzliche Krankenversicherung bekennt sich ausdrücklich zu einer bedarfsgerechten und angemessenen Förderung der Selbsthilfe. Ob der gesetzlich vorgegebene Betrag von 0,54 EURO je Versichertem jedoch dem tatsächlichen Bedarf der Selbsthilfe entspricht, ist weder durch wissenschaftliche Untersuchungen noch durch die Erfahrungen aus der Förderpraxis der vergangenen Jahre belegt. Insbesondere auf der regionalen/örtlichen Ebene konnten von den Krankenkassen bereitgestellte Fördermittel nur unzureichend ausgeschöpft werden.

Die Regelung des Absatzes 3 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3 Satz 5, wonach die Fördermittel jährlich unter Berücksichtigung der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV anzupassen sind und die in einem Jahr nicht abgerufenen Fördermittel im Folgejahr der Gemeinschaftsförderung zufließen, erscheint zum jetzigen Zeitpunkt nicht sachgerecht.

Änderungsvorschlag:

§ 20d Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Nach den Wörtern „umfassen; sie“ ist einzufügen ***„sollen in den Folgejahren frühestens ab 01.01.2008 [...] angepasst werden.“***

Der Wortlaut des Satzes 5 ist wie folgt zu ändern:

„Erreicht eine Krankenkasse den in Satz 1 genannten Betrag der Förderung in einem Jahr nicht, hat sie die nicht verausgabten Fördermittel im Folgejahr zusätzlich für Leistungen zur Förderung der Selbsthilfe zu verwenden, oder kann sie im Folgejahr zusätzlich in die Gemeinschaftsförderung einzahlen.“

Begründung:

Weder durch wissenschaftliche Untersuchungen noch durch die Förderpraxis ist der Förderbedarf der Selbsthilfe in Höhe von 0,54 Euro je Versichertem belegt. Die Erhöhung der Fördermittel sollte nicht verpflichtend bereits ab 2006 vorgenommen werden, sondern sich an der tatsächlichen Bedarfs- und Ausgabenlage ausrichten.

Die Krankenkassen sollten die Möglichkeit haben, in einem Jahr nicht ausgeschöpfte Fördermittel entweder eigenverantwortlich im Folgejahr auszuschütten oder der Gemeinschaftsförderung zuzuführen.

Gesetzesbegründung zu § 20d (Förderung der Selbsthilfe)

Absatz 2

Die Gesetzesbegründung sieht vor, dass zu dem förderfähigen Selbsthilfeengagement auch die Wahrnehmung von Aufgaben der Patientenbeteiligung in den Steuerungsgremien der gesetzlichen Krankenversicherung gehört.

Änderungsvorschlag:

In der Gesetzesbegründung ist dieser Satz zu streichen.

Begründung:

Die Spitzenverbände der Krankenkassen vertreten hierzu die Auffassung, dass die Patientenbeteiligung in den Steuerungsgremien der gesetzlichen Krankenversicherung politisch gewollt war und die Schaffung der entsprechenden Voraussetzungen auf Seiten der Patientenvertretungen deshalb nicht über die Fördermittel des § 20d zu finanzieren sind. Dieser zusätzliche Einsatz von Fördermitteln für Verbandsfunktionäre der Patienten- und Verbraucherorganisationen entzieht der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe Fördermittel und schwächt die intendierte Stärkung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und –

kontaktstellen. Bereits durch ihre pauschale Förderung u.a. von Bundes- und Landesorganisationen der Selbsthilfe sowie der Selbsthilfekontaktstellen tragen die gesetzliche Krankenkassen bereits zu einer Stabilisierung der Selbsthilfestrukturen und –einrichtungen bei.

Nr. 9

Änderungsvorschlag:

Die vorgesehene Änderung der Überschrift des § 23 wird gestrichen.

Begründung:

Folgeänderung zu § 2 Nr. 5 PräVG.

Nr. 10

Änderungsvorschlag:

Die vorgesehene Änderung der Überschrift des § 24 wird gestrichen.

Begründung:

Folgeänderung zu § 2 Nr. 5 PräVG.

Nr. 17

Änderungsvorschlag:

Die vorgesehene Streichung der Klammerzusätze in § 107 Absatz 2 Nr. 1 wird gestrichen.

Begründung:

Folgeänderung zu § 2 Nr. 5 PräVG.

Nr. 18

Änderungsvorschlag:

Die vorgesehene Änderung des § 111b Satz 1 erster Halbsatz wird gestrichen.

Begründung:

Folgeänderung zu § 2 Nr. 5 PräVG.

**Artikel 13
Inkrafttreten**

Die Regelung in Abs. 2 der Vorschrift, wonach die finanzwirksamen Teile des PräVG bereits am 1. Oktober 2005 in Kraft treten, ist abzulehnen. Aus Sicht der Spitzenverbände sprechen sachliche Erwägungen gegen ein Inkrafttreten der finanzwirksamen Regelungen vor dem 1. Januar 2006. Insbesondere die Projekte in Lebenswelten, die sich im Allgemeinen durch einen hohen Koordinierungs- und Abstimmungsaufwand auszeichnen, bedürfen einer gewissen Vorlaufzeit. Darüber hinaus sprechen haushaltsrechtliche Gründe gegen ein vorgezogenes Inkrafttreten. Die Krankenkassen haben über ihre für eigene Maßnahmen bereits fest eingeplanten Mittel im Vertrauen auf entsprechende Erörterungen in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe keine weiteren Mittel in die Haushalte für 2005 eingestellt.

Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe wird bereits zu Beginn des Jahres 2005 gefördert. Da das Förderverfahren zum 1. Oktober 2005 bereits abgeschlossen ist, kann der finanzwirksame Teil des PräVG nicht zum 1. Oktober 2005 in Kraft treten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen plädieren deshalb für das Inkrafttreten des finanzwirksamen Teils der Förderung der Selbsthilfe zum 1. Januar 2006.

Änderungsvorschlag:

Art. 13 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

"(2) Artikel [...] treten am **1. Januar 2006** in Kraft."

Abs. 3 entfällt.

Begründung:

Ein Inkrafttreten zum 1. Januar 2006 belässt den sozialen Präventionsträgern ausreichende Möglichkeiten, ihre Planungen nach den Neuregelungen auszurichten.

III. Weiterer Regelungsbedarf

Die Spitzenverbände regen darüber hinaus folgende Gesetzesänderungen an:

§ 25 Abs. 3 SGB V

In § 25 Abs. 3 SGB V sollte nach Nr. 3 folgende Nr. 3a eingefügt werden:

"der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist,"

Begründung:

Die Diskussion um den Nutzen und die Einführung verschiedener Früherkennungsmaßnahmen in den letzten Jahren zeigt, wie schwierig und komplex die Entscheidungsprozesse hinsichtlich der Einführung von Früherkennungsmaßnahmen sind. Gleichzeitig verdeutlichen diese Diskussionen aber auch, wie weitreichend solche Entscheidungen hinsichtlich des potenziellen bevölkerungsbezogenen Nutzens aber auch des möglichen Schadens sind. Daher ist es um so wichtiger, international verbreitete und anerkannte Kriterien zur Verfügung zu haben, die eine objektive bevölkerungsbezogene Beurteilung der Chancen und Risiken von Früherkennungsuntersuchungen ermöglichen. Eines der zentralen Kriterien ist daher ohne jeden Zweifel die Frage nach dem **medizinischen und bevölkerungsbezogenen Nutzen** der Anwendung einer Früherkennungsmaßnahme. Dieses Kriterium ist jedoch bisher erstaunlicherweise nicht in § 25 SGB V erwähnt und lässt sich auch nicht aus den bisher in diesem Paragraphen als erforderliche Voraussetzungen für Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten verankerten Kriterien (wirksame Therapie, eindeutige Erfassung des Vor- oder Frühstadiums, genügende Ärzte/Einrichtungen zur Therapie vorhanden) ableiten. Im Interesse einer objektiven und sachlichen Diskussion über Früherkennungsmaßnahmen, aber auch um hier eine entscheidende Lücke in der Argumentationskette zu schließen, wird die oben angesprochene Ergänzung des entsprechenden Paragraphen vorgeschlagen.

Änderung des Einkommensteuergesetzes

Nach Art. 11 des Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention ist ein neuer Art. 11 a einzufügen:

**"Art. 11 a
Änderung des Einkommensteuergesetzes**

§ 3 des Einkommensteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Oktober 2002 (BGBl. I S. 4210, 2003 I S. 179), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I ...) wird wie folgt geändert:

Die (derzeit unbesetzte) Nummer 34 wie folgt gefasst:

34. zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn vom Arbeitgeber erbrachte Leistungen zur Verhütung gesundheitlicher Gefahren durch den Gebrauch von Suchtmitteln sowie Leistungen, die nach §§ 15 und 17 Bundespräventionsgesetz von den Sozialversicherungsträgern erbracht werden können und die nach dem Präventionsprogramm gemäß § 12 Bundespräventionsgesetz der Förderung eines vorrangigen Ziels der gesundheitlichen Prävention dienen und auch im eigenbetrieblichen Interesse des Arbeitgebers liegen".

Begründung:

Die aktuelle und von vielen Betrieben berichtete Praxis der Finanzämter zeigt, dass diese zunehmend Gesundheitsförderung als geldwerten Vorteil für die Beschäftigten bewerten. Tendenziell führt dies dazu, dass Betriebe sich aus der Betrieblichen Gesundheitsförderung zurückziehen. Aus Sicht der Spitzenverbände ist es daher notwendig, steuerliche Anreize für Betriebe vorzusehen, die Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen.