

Schriftliche Stellungnahme der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) zum „Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention“ vom 16.04.2013 (Drucksache 17/13080)

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) begrüßt, dass vor dem Hintergrund der Auswirkungen des demografischen Wandels, des Wandels des Krankheitsspektrums hin zu den chronisch-degenerativen Erkrankungen und der veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt die „Gesundheitsförderung und Prävention“ in Deutschland mithilfe veränderter gesetzlicher Regelungen weiterentwickelt werden soll.

Grundsätzlich positiv hervorzuheben an dem vorliegenden Gesetzentwurf sind die folgenden Punkte:

- die Verständigung auf gemeinsame **Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele** soll unterstützt werden;
- zur Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß §§ 20, 20a, 20e, 23, 25 und 26 sollen die gesetzlichen Krankenkassen zukünftig **mehr Mittel** einsetzen als bisher;
- durch Quotierungen der Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention, zur Prävention in Lebenswelten und zur betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten die auf Settings bezogenen Maßnahmen **mehr Gewicht**;
- durch Festlegung der € 6,00 pro Versichertem p.a. nicht als Grenz-, sondern als Richtwert erhalten die Kassen die Möglichkeit zur **weiteren Ausweitung** ihrer Präventionsleistungen;
- der betrieblichen Gesundheitsförderung wird mehr Gewicht verliehen, die besonderen Bedarfe der kleinen und mittleren Unternehmen (**KMU**) werden dabei stärker in den Blick genommen;
- die Verpflichtung auf verbindliche und einheitliche Zertifizierung der Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention soll der **Qualitätssteigerung** dieser Leistungen dienen und damit auch Ressourcen schonen;
- die **Erhöhung** der gesetzlichen Höchstbeträge der Zuschüsse zu den übrigen Kosten ambulanter Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten können den Anreiz zur Inanspruchnahme dieser Leistungen stärken;
- die Einrichtung einer Ständigen Präventionskonferenz und die Verpflichtung auf eine vierjährige Präventionsberichterstattung stärken die **politische und gesellschaftliche Bedeutung** des Handlungsfeldes „Gesundheitsförderung und Prävention“;

- die **Ausweitung der Kinderuntersuchung** bis zur Vollendung des zehnten Lebensjahres schließt die schon länger problematisierte Lücke in der Früherkennung.

Die Bundesvereinigung muss aber auch feststellen, dass der Entwurf in vielfacher Hinsicht hinter den Erwartungen der beteiligten Akteure und hinter dem Stand der aktuellen Fachdiskussion zurückbleibt sowie in der Formulierung und/oder Regulierung bestimmter Sachverhalte ggfs. neue Probleme schafft.

Grundsätzlich ist zu kritisieren:

- Von der „gesamtgesellschaftlichen Gemeinschaftsaufgabe Gesundheitsförderung und Prävention“ bleibt nur noch ein in Einzelpunkten modifiziertes Leistungsspektrum der Gesetzlichen **Krankenversicherung** übrig. Diese konzeptionelle Reduktion von Gesundheitsförderung und Prävention auf die GKV steht nicht nur im Widerspruch zu der nationalen und internationalen Fachdiskussion, sondern auch zu den konzeptionellen Ansätzen der aktuellen Demografie-, Inklusions- und Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung selbst, die den Aspekt der Ressort übergreifenden Planungs- und Umsetzungserfordernisse immer wieder hervorheben.
- Das umfassende Konzept der „Gesundheitsförderung und Prävention“ wird im Gesetz fast ausschließlich auf **verhaltens-** und **risikopräventive** Leistungen reduziert. Der einzige explizite Hinweis auf die Notwendigkeit, auch den Rahmenbedingungen von Gesundheit Aufmerksamkeit zu schenken, findet sich im Besonderen Teil der Begründung von § 20 (zu Absatz 3): „Satz 1 stellt entsprechend der sich in der Praxis bewährten Interventionsansätze klar, dass sich primärpräventive Leistungen auf die Veränderung des individuellen Verhaltens beziehen können, aber auch auf die Veränderung der Verhältnisse in den Lebensräumen der Versicherten (...). Leistungen der Krankenkassen (...) können nur unterstützende Funktion haben und nur dann erfolgreich sein, wenn sich die für die jeweilige Lebenswelt Verantwortung tragenden Akteure, wie Länder oder Kommunen, an den Aktivitäten angemessen beteiligen“. (S. 22) Es fehlt somit weiterhin eine gesetzliche Regelung **verhältnis**präventiver Maßnahmen.
- Nicht nachvollziehbar ist, warum bzgl. der Weiterentwicklung des Leitfadens zur Umsetzung der §§ 20ff SGB V die seit dem Jahr 2000 bestehende und erfolgreich arbeitende „**Beratende Kommission**“ keinen Eingang mehr in den Gesetzentwurf gefunden hat. Diese paritätisch besetzte und von strenger Sach- und Fachargumentation geprägte Kommission hat wesentlich mit dazu beigetragen, dass der „Leitfaden...“, der ja weiterhin ein wichtiges Instrument zur erfolgreichen Umsetzung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen bleiben wird, ein gleichermaßen fachlich adäquates wie praktikables Instrument zur Qualitätssicherung der Umsetzung des bisherigen § 20 SGB V sein konnte. In Fragen der Qualitätssicherung und Zertifizierung sieht der Gesetzgeber in diesem Gesetz damit unverständlicher Weise keine „Einbeziehung unabhängigen Sachverständes“ mehr vor.

- Leider versäumt der Gesetzentwurf es auch, die Stärkung und Ausweitung systematischer und umfassender **Gesundheitsforschung** (im Rahmen der Möglichkeiten der Ressortforschung) voranzutreiben, womit wenigstens ansatzweise die dringend notwendige – aber z.B. in der derzeitigen Programmatik des BMBF fehlende – umfassende Weiterentwicklung der Präventionsforschung betrieben werden könnte.
- Schließlich befremdet es, dass zur „Förderung der Prävention“ das BMG selber im Rahmen dieses Gesetzes **keinerlei Finanzierungsverpflichtung** außer der Einrichtung einer mit 3 Mitarbeiter/innen ausgestatteten Geschäftsstelle für die Ständige Präventionskonferenz (s.u.) übernehmen will. War schon der in 2012 praktizierte Ausstieg des BMG aus der Finanzierung des Aktionsprogramms IN FORM schwer nachvollziehbar, lässt der völlige Verzicht z.B. auf ein neues, aus öffentlichen Mitteln finanziertes und längerfristig angelegtes Förderprogramm im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ die in diesem Feld tätigen Akteure ratlos zurück. „Förderung der Prävention“ (mit einem vergleichsweise geringen Mehraufwand) nur aus den Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung lässt einen aktiven politischen Gestaltungswillen in diesem Aktionsfeld eher nicht erkennen.

Die kritischen Punkte aus Sicht der BVPG im Einzelnen:

Zu § 20 (1):

Die Übernahme des derzeit im Rahmen des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ erarbeiteten Gesundheitsziele-Kanons in den Absatz 1 führt dazu, dass jede zukünftige Änderung oder Ergänzung an diesem Ziele-Kanon eine **Gesetzesänderung** nach sich zieht. Um dies zu vermeiden, wären zwei Maßnahmen hilfreich:

1. könnte „gesundheitsziele.de“ im Rahmen des SGB V grundsätzlich damit beauftragt und somit legitimiert werden, nationale Gesundheitsziele einschl. nationaler Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele zu erarbeiten und die dafür erforderliche Struktur erhalten – z.B. hinsichtlich seines Aufbaus, seiner Finanzierung, der Regularien zur Besetzung entsprechender Arbeitsgruppen, der Routinen der Revision von Gesundheits(förderungs)zielen sowie der verpflichtenden Dokumentation zum Stand der Umsetzung der Ziele;
2. könnte vor diesem Hintergrund dann der dritte Satz in Absatz 1 lauten: „Die Leistungen sollen insbesondere die von »gesundheitsziele.de« erarbeiteten Ziele im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention umsetzen.“ Alle nachfolgenden Sätze entfallen sodann bis auf den letzten: „Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach den §§ 20a und 20b berücksichtigen die Krankenkassen auch die von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz im Rahmen der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie nach § 20a Absatz 2 Nummer 1 des Arbeitsschutzgesetzes entwickelten Arbeitsschutzziele.“

Zu § 20 (3):

Entsprechend der oben ausgeführten grundsätzlichen Kritikpunkte sollte der erste Satz wie folgt ergänzt werden:

„Leistungen nach Absatz 1 werden als Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention, als Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte **zusammen mit Leistungen der für die jeweilige Lebenswelt verantwortlichen Akteure zur Verhältnisprävention** und als Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben nach § 20a erbracht.“

Zu § 20 (6) und (7):

Insofern Maßnahmen der Prävention in Lebenswelten vor Ort, in der Region, stattfinden, scheint uns die Nutzung bundeszentraler Strukturen zu ihrer Umsetzung wenig geeignet. Hier sollten – auch aus ordnungspolitischen Gründen – **vielmehr die bereits bestehenden kommunalen, regionalen und auf Landesebene existierenden Strukturen** (wie z.B. Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitskonferenzen, Gesunde Städte-Netzwerk, Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung) genutzt und ausgebaut werden, um zu einer flächendeckenden und weiterentwickelten Umsetzung des Settingansatzes gelangen zu können.

Eine direkte Beauftragung und Finanzierung der entsprechenden Kooperationspartner seitens der Gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht nur möglich, sondern wird – z.B. im Rahmen der Organisation und Finanzierung der „Regionalen Knoten“ (jetzt: „Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit“) – auf Länderebene ja bereits seit vielen Jahren praktiziert. Hier ginge es dann lediglich um eine verbesserte Ausgestaltung und Ausweitung bereits bestehender Aufgaben und Leistungsvolumina.

Zu § 20e:

Rolle, Funktion und Zusammensetzung der „**Ständigen Präventionskonferenz**“ bleiben in der vorliegenden Gesetzesformulierung vage:

- warum z.B. die Aufgabe, „über die Entwicklung von Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen und deren Umsetzung zu berichten sowie Wege und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung aufzuzeigen“ (S. 7) nicht (s.o.) von «gesundheitsziele.de» selbst geleistet werden kann, bleibt unverständlich – zumal die Arbeit der Krankenkassen gemäß § 20 unter enger Bezugnahme auf die von «gesundheitsziele.de» (und nicht auf die von der Präventionskonferenz) erarbeiteten Ziele erfolgen soll;
- da die Zusammensetzung der Ständigen Präventionskonferenz nur allgemein skizziert wird, ist nicht erkennbar, welches fachliche und politische Profil dieses Gremium haben wird;
- damit bleiben auch Fragen zur Unabhängigkeit und zur Reichweite bzw. Durchschlagskraft der erwarteten „Entscheidungen und Beschlüsse der Ständigen Präventionskonferenz“ (S. 7) unbeantwortet;
- ebenfalls offen bleibt, mithilfe welcher Ressourcen die Erarbeitung des vierjährigen Berichtes erfolgen wird.

Zu § 25 c) Absatz 1:

Hinsichtlich der Gewährung einer Leistung zur individuellen Verhaltensprävention bleibt die Rolle der „**Präventionsempfehlung** ... in Form einer ärztlichen Bescheinigung“ (S. 8) unklar. Zum einen wird sie als „entscheidungsrelevant“ gewertet: „Die ärztliche Präventionsempfehlung schränkt insofern den Ermessensspielraum der Krankenkassen für ihre Entscheidung ein, ob sie im Einzelfall Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention übernimmt oder nicht“ (S. 13, auch 14); zum anderen heißt es hierzu im Besonderen Teil auf S. 29, die „neu vorgesehene Präventionsempfehlung“ stelle lediglich eine „mögliche Grundlage für die Entscheidung der Krankenkassen über die Erbringung von primärpräventiven Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention...“ dar.

Eine deutliche qualitative Verbesserung des Zugangs bestimmter Zielgruppen zu den entsprechenden Kassenleistungen ist so nicht vorstellbar.

Fazit:

Der Gesetzentwurf ist einerseits als ausschließlich auf das Gesundheitsressort und auf Veränderung einzelner §§ des SGB V bezogener Entwurf durchaus konsequent, differenziert und glaubhaft vom Ziel der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Qualitätsverbesserung einzelner Leistungen in diesem Regelungsbereich geprägt.

Der Gesetzentwurf greift andererseits den national wie international geltenden konzeptionellen, Public-Health-geprägten Ansatz der Gesundheitsförderung und Prävention als ressortübergreifender und gesamtgesellschaftlicher Aufgabe in keinsten Weise auf, enthält sich jeglicher Einbeziehung verantwortlicher weiterer Akteure auf staatlicher, Körperschaftlicher und zivilgesellschaftlicher Ebene und entzieht sich seitens der Bundesebene selbst jeglicher programmatischer und finanzieller Verpflichtung.

Ein Paradigmenwechsel angesichts der – wie der Entwurf selber aufführt – „Auswirkungen des demografischen Wandels, des Wandels des Krankheitsspektrums hin zu den chronisch-degenerativen Erkrankungen und der veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt“ (S. 1) in unserer Gesellschaft wird damit aus Sicht der BVPG nicht zu erreichen sein.

08. Mai 2013

gez.

Dr. Uwe Prümel-Philippsen/Dr. Beate Grossmann
Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)
53123 Bonn, Heilsbachstr. 30
Tel.: 02 28 / 987 27 – 0
E-Mail: pp@bvpraevention.de