

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0415(6)
gel. VB zur öAnhörung am 15.05.
13_Prävention
08.05.2013



Deutscher
Caritasverband

Stellungnahme

**Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der
Prävention (BT-Drs. 17/13080) und
Antrag der SPD-Bundestagsfraktion „Kinder- und
Jugendgesundheit: Ungleichheiten beseitigen –
Versorgungslücken schließen“ (BT-Drs. 17/9059)**

Mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention sollen die Leistungen zur Prävention und zur Früherkennung von Krankheiten im Fünften Buch Sozialgesetzbuch fortentwickelt werden. Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Intention des Gesetzgebers, hält es jedoch für zwingend erforderlich, dass der Gesetzgeber die Primärprävention stärker in den Fokus rückt. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass sich die Leistungen zur Primärprävention, zur betrieblichen Gesundheitsförderung und für die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren auf 6 Euro pro Versichertem erhöhen. Dabei wird für die Primärprävention ein Mindestbeitrag in Höhe von 1 Euro eingeführt, von dem mindestens die Hälfte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) erhält. Maßnahmen der primären Prävention sollen nicht nur den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern, sondern haben auch das Ziel, soziale Benachteiligung bei den Gesundheitschancen zu vermindern. Hintergrund dieser Regelung ist die - wissenschaftlich belegte - geringere Inanspruchnahme von Präventionsleistungen durch sozial

Herausgegeben von
Deutscher Caritasverband e. V.
Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg i. Br.
Karlstraße: 40, 79104 Freiburg i. Br.

Kontakt:
Dr. Elisabeth Fix
Referentin für Rehabilitation,
Alten- und Gesundheitspolitik
Telefon-Durchwahl: 030 284447-46
elisabeth.fix@caritas.de

Renate Walter-Hamann
Leiterin Referat Gesundheit,
Rehabilitation, Sucht
Telefon-Durchwahl: 0761 200-369
Renate.walter-hamann@caritas.de

Tatjana Loczenski
Leiterin Arbeitsstelle Sozialrecht
Telefon-Durchwahl: 0761 200-576
tatjana.loczenski@caritas.de

Haus der Deutschen Caritas
Reinhardstraße 13, 10117 Berlin

Deutscher Caritasverband e.V.
Karlstraße 40, 79104 Freiburg i.Br.

Deutscher Caritasverband e.V.
Karlstraße 40, 79104 Freiburg i.Br.

benachteiligte Bevölkerungsgruppen (vgl. BT-Drs 14/1977, 160). Zielgruppen wie sozial benachteiligte Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund oder niedrigem Bildungsstand werden jedoch nicht vorrangig über die Medien und den Beitrag der BzGA erreicht. Vielmehr ist es notwendig, Angebote und Maßnahmen der Primärprävention zu schaffen, die an ihre Lebenswelten anknüpfen. Die Primärprävention kann gesundheitsriskante Faktoren in Arbeits- und Lebenswelt vermindern, gesundheitsfördernde Umstände stärken und dadurch einen wesentlichen Faktor zu einer eigenverantwortlichen, gesundheitsbewussten Lebensführung beitragen. Der Deutsche Caritasverband fordert daher, die primäre Prävention mit einem Mindestbeitrag in Höhe von 3 Euro zu unterstützen und auszubauen.

Die Primärprävention muss aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes gemäß der Zielsetzung der Überwindung gesundheitlicher Ungleichheit mit einem deutlichen Schwerpunkt auf besonders vulnerable Zielgruppen wie psychisch kranke, wohnungslose, suchtkranke, langzeitarbeitslose oder mehrfachbehinderte Menschen ausgerichtet werden. Um diese Zielgruppen tatsächlich erreichen zu können, reichen rein medizinisch ausgerichtete Maßnahmen der Prävention nicht aus; hierzu bedarf es vielmehr der Vernetzung und Kooperation von Ärzten und Ärztinnen mit anderen lokalen Akteuren im Gesundheitswesen und der psychosozialen Versorgung.

Der vorliegende Gesetzentwurf zielt auf die Fortentwicklung der Leistungen der Prävention und der Früherkennung von Krankheiten im Fünften Buch Sozialgesetzbuch. Zugleich sollen Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gestärkt werden. Dieser Intention trägt der Gesetzentwurf z.B. durch die vorgesehene ressortübergreifende Vertretung der Bundesministerien sowie durch die Einbindung der für Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände in die Ständige Präventionskonferenz Rechnung. Damit die nun im SGB V vorgesehene Fortentwicklung der Prävention und der Früherkennung tatsächlich und nachhaltig wirksam werden kann, muss sie aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes Bestandteil einer umfassenden Präventionsstrategie sein. Daher sind in der Konsequenz eines Gesetzes zur Förderung der Prävention mit Bezug auf die Leistungen des SGB V auch die anderen Bücher Sozialgesetzbuch entsprechend anzupassen bzw. weiterzuentwickeln, wie z.B. das SGB VIII.

B. Besonderer Teil

I. Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention (BT-Drs. 17/13080)

§ 1 Solidarität und Eigenverantwortung

Gesetzentwurf

In der Einweisungsvorschrift des SGB V wird der Grundsatz der Eigenverantwortung gestärkt. Durch Einfügung eines neuen Satzes wird betont, dass die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten ausdrücklich zu den Aufgaben der Krankenversicherung als Solidargemeinschaft gehört.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich den Ansatz, Eigenkompetenzen für gesundheitsbewusstes und gesundheitsförderliches Verhalten zu stärken. Voraussetzung für ein gesundes Leben sind Wissen und der Erwerb von Kompetenzen zum Erhalt, zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit sowie zur Vorbeugung und Vermeidung von Krankheiten. Es ist daher positiv zu bewerten, dass die Förderung des Erwerbs von Eigenkompetenzen ausdrücklich als Aufgabe der Krankenversicherung genannt wird. Wer über Eigenkompetenzen für gesundheitsförderliches Verhalten verfügt, ist auch befähigt, eigenverantwortlich mit seiner Gesundheit umzugehen. Eine weitere wesentliche Voraussetzung für den Erhalt der Gesundheit und die Prävention gegen Krankheiten ist jedoch die Schaffung gesundheitsförderlicher Umwelten. So ist es möglich, dass Menschen zwar über hohe Eigenkompetenzen in Bezug auf gesundheitsförderliches Verhalten verfügen, aber aus finanziellen Gründen z.B. in einem Wohnumfeld mit hohen Konzentrationen von Abgasen und gesundheitsschädigender Lärmbelastung leben müssen. Der Gedanke der Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit sollte daher nicht überbetont werden. Der Grundsatz der Eigenverantwortlichkeit ist bereits heute in der Überschrift zu § 1 SGB V verankert. In § 1 Satz 2 (jetzt Satz 3 neu) SGB V steht, dass die Versicherten für ihre Gesundheit „mit verantwortlich“ sind. Diese Formulierung bringt zum Ausdruck, dass der Gesundheitszustand des Versicherten durch sein Wissen und seine Eigenkompetenzen eigenverantwortlich beeinflusst werden kann, aber dass es gleichzeitig auch wirkmächtige gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren geben kann, die vom Einzelnen nicht beeinflussbar und steuerbar sind. Der Deutsche Caritasverband hält daher die Formulierung in § 1 Satz 2 alt (Satz 3 neu) SGB V für ausreichend, um dem Ansatz der Eigenverantwortung Rechnung zu tragen.

Lösungsvorschlag

In § 1 Satz 2 SGB V werden die Wörter „und Eigenverantwortung“ gestrichen. Die § 1 Sätze 2 und 3 SGB V lauten daher, wie folgt:

„Dies umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz des Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch die aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.“

§ 20 Primäre Prävention

Gesetzentwurf

Die bisherige „Soll-Regelung“, nach der Krankenkassen in ihrer Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen sollen, wird zur verpflichtenden Regel. Die Krankenkassen sind nunmehr verpflichtet, Leistungen zur primären Prävention in ihrer Satzung vorzusehen, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichbe-

handlung von Gesundheitschancen leisten. Anders als im Referentenentwurf sieht der Gesetzesentwurf nicht mehr vor, dass Leistungen der Primärprävention „insbesondere“ zur Verminderung sozialer Ungleichheiten geleistet werden. Neu ist, dass die Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention verbindlich an den im Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ vereinbarten Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen ausgerichtet werden sollen. Die bestehenden Ziele des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ sind in den Gesetzestext nunmehr – anders als im Referentenentwurf - in § 20 Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 7 explizit aufgenommen und sind von den Krankenkassen mit ihren Leistungen der Primärprävention umzusetzen. In der weiteren Ausgestaltung ihrer Leistungen bleibt den Krankenkassen weiterhin ein großer Ermessensspielraum. Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu erstellenden einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien für die primärpräventiven Leistungen werden um die Aspekte Qualität, wissenschaftliche Evaluation und Messung der Zielerreichung erweitert. Die Leistungsangebote der Krankenkassen sollen künftig zertifiziert werden. Das betrifft insbesondere die Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention (Präventionskurse). Die Anforderungen an die Zertifizierung und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung werden durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegt. Er stellt zudem sicher, dass die Leistungen der Krankenkassen zur besseren Übersicht für die Versicherten im Internet veröffentlicht werden. Spricht der Arzt bzw. Betriebsarzt eine Präventionsempfehlung aus, ist diese für die Genehmigung der Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention für die Krankenkassen zwingend zu berücksichtigen. Wenn Versicherte individuelle Verhaltenspräventionskurse aus beruflichen oder familiären Gründen nicht in Anspruch nehmen können, haben sie Anspruch auf wohnortfern in Kurorten zu erbringende medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 Satz 2 SGB V.

§ 20 Absatz 5 SGB V neu sieht vor, dass die Ausgaben der Krankenkassen für die Umsetzung der Gesundheitsziele nach § 20 Abs. 1 SGB V neu sowie für die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V und die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20b SGB V im Jahr 2013 auf 3,01 Euro und ab 2014 auf 6 Euro für jeden Versicherten steigen sollen. Ab dem Jahr 2014 sollen dabei von den 6 Euro mindestens 2 Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung und mindestens 1 Euro für die primäre Prävention in Lebenswelten aufgebracht werden. Mindestens die Hälfte des Betrags für die primäre Prävention in Lebenswelten soll nach § 20 Abs. 6 SGB V ab dem Jahr 2014 an die BzGA fließen. Mit diesen Mitteln soll die BzGA kassenübergreifende Leistungen insbesondere in Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen fördern. Das Nähere zur Qualität der durchzuführenden Leistungen sowie zu den für die Durchführung notwendigen Kosten ist zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der BzGA zu vereinbaren, erstmals spätestens bis zum 30. Oktober 2013. Kommt die Vereinbarung bis zu diesem Datum nicht zustande, erbringt die BzGA ihre Leistungen nach dem Stand der Verhandlungen unter Beachtung des Gebots der Wirtschaftlichkeit nach § 12 SGB V.

Bewertung

Positiv zu bewerten ist, dass sich die Leistungen zur Primärprävention künftig an den Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ ausrichten

sollen, denn diese werden im breiten Konsens von Bund, Ländern, Städten, Kommunen, Kostenträgern, Leistungserbringern und Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie von Wissenschaft und Forschung mit einer hohen Bündelung von Fachkompetenz erarbeitet. Die unter Beteiligung aller relevanten Gruppen vereinbarten Ziele im Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ sind nunmehr ausdrücklich in das Gesetz aufgenommen und bilden einen gemeinsamen Handlungsrahmen, der eine planmäßige und effektive Förderung der Prävention an konkreten Zielen ermöglicht. Wichtig ist, dass die benannten Ziele nicht abschließend zu verstehen sind. Vielmehr wird ein fortlaufender Prozess festgeschrieben, der durch neue Gesundheitsziele ergänzt werden kann. Maßgeblich sollten dabei auch in Zukunft die vereinbarten und wissenschaftlich geprüften Gesundheitsziele des Kooperationsverbundes sein.

Der Deutsche Caritasverband hält es für zwingend erforderlich, dass bei der primären Prävention sozial benachteiligte Menschen mit verminderten Gesundheitschancen in besonderer Weise vom Gesetzgeber in den Blick genommen werden. Primärpräventive Maßnahmen in Lebenswelten sind besonders geeignet, um sozial benachteiligte Menschen wie Menschen mit Migrationshintergrund oder niedrigem Bildungsstand vor Ort, dort wo sie leben, wohnen, arbeiten, lernen und spielen, zu erreichen. Dies muss auch in dem Gesetzeswortlaut von § 20 Absatz 1 Satz 1 SGB V deutlich werden.

Es ist positiv zu bewerten, dass die Krankenkassen nun ausnahmslos in ihrer Satzung Leistungsangebote zur Primärprävention verankern müssen. Diese Anforderung ist allerdings auch erfüllt, wenn Krankenkassen keine eigenen Leistungsangebote in Settings machen, sondern den vollen Mindestbetrag pro Versicherten, der ab dem Jahr 2014 1 Euro beträgt, an die BzGA zur Durchführung von deren Aufgaben abführen, denn § 20 Abs. 6 Satz 2 SGB V neu enthält bezüglich der Höhe der pauschalen Vergütung für die Leistungen der BzGA eine Mindest- und keine Höchstvorschrift. Dies kritisiert der Deutsche Caritasverband nachdrücklich. Generell ist zu begrüßen, dass die Ausgaben für die §§ 20, 20a und 20b SGB V pro Versicherten auf den Betrag von 6 Euro angehoben werden. Es ist auch sachgerecht, 2 Euro von diesen 6 Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung zu verausgaben. Angesichts der hohen Bedeutung, die Maßnahmen der primären Gesundheitsförderung in Lebenswelten gerade für sozial benachteiligte Menschen haben, fordert der Deutsche Caritasverband eine deutliche Anhebung der Ausgaben für die primäre Prävention in Lebenswelten. Vorgeschlagen wird, von den 6 Euro Mindestbetrag pro Versichertem 3 Euro für diesen Bereich zu verausgaben.

Gleichzeitig spricht sich der Deutsche Caritasverband gegen die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung aus, mindestens die Hälfte der Ausgaben für die primäre Prävention in Settings verbindlich an die BzGA abzuführen. Dies bedeutet, dass pro 1 Euro mindestens 0,50 Euro an die BzGA fließen, wobei dieser Betrag je nach Krankenkasse auch höher liegen kann. Der Schwerpunkt der Aufgaben der BzGA liegt in der gesundheitlichen Aufklärung. Als Fachbehörde für Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt sie Strategien und setzt sie in Kampagnen, Programmen und Projekten um. Dazu gehört sowohl die zielgruppengerechte Vermittlung von geeigneten Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen durch mediale Kampagnen, die Bereitstellung und Verbreitung entsprechender Informationsmaterialien und auch die Schulung, Fort- und Weiterbil-

derung der auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und Gesundheitsaufklärung tätigen Berufs- und Personengruppen. Es ist durchaus sachgerecht, diese Rolle der BzgA zu stärken und entsprechend finanziell zu fördern. Der Gesetzentwurf hebt insbesondere die Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen sowie die Lebenswelten für ältere Menschen als Settings, in denen die BzgA tätig werden soll, hervor. Vulnerable Personengruppen, wie wohnungslose, suchterkrankte oder arbeitslose Menschen werden jedoch nicht ausschließlich in institutionengebundenen Settings erreicht. Settingbezogene Maßnahmen für sozial benachteiligte und von sozialer Ausgrenzung bedrohte Menschen werden nur wirken, wenn auf regionaler Ebene Kooperationen mit Kommunen und Trägern sozialer Einrichtungen erfolgen. Für diese Maßnahmen muss im Budget für die Primärprävention in Settings ein entsprechender finanzieller Spielraum gegeben sein. Darüber hinaus spricht sich der Deutsche Caritasverband dafür aus, dass auch evaluierte Programme der Früherkennung und Frühintervention z.B. im Hinblick auf riskanten oder schädlichen Suchtmittelkonsum in den Leistungskatalog der GKV einbezogen werden. Als ergebnisoffene Angebote sind sie darauf ausgerichtet, frühzeitig zur Überprüfung und Veränderung des eigenen Konsumverhaltens zu motivieren und hierfür konkrete Unterstützung zu vermitteln. Sie sind zudem geeignet, auch Bevölkerungsgruppen anzusprechen, die z.B. von breit angelegten Öffentlichkeitskampagnen nur in geringem Maße oder gar nicht erreicht werden.

Im Übrigen stellt sich die Frage, inwiefern die BzgA in der Lage ist, „kassenübergreifende Leistungen durchzuführen“, wie es der Gesetzentwurf formuliert, da sie diese Leistungen nicht selbst anbieten kann. Hier sollte eine andere Formulierung gewählt werden. Des Weiteren findet sich in § 20 Abs. 6 Satz 1 letzter Halbsatz neu ein Bruch, wenn Lebenswelten älterer Menschen mit Einrichtungen wie Kindertagesstätten, Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen gleichgesetzt werden. Es empfiehlt sich, an dieser Stelle einheitlich von Lebenswelten zu sprechen. Lebenswelten umfassen zwar auch Einrichtungen wie Kindergärten oder Schulen, darüber hinausgehend aber auch Settings wie die Familie oder die peer-group sowie Selbsthilfegruppen.

Den Verweis auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit nach § 12 SGB V bei einem Nichtzustandekommen der Vereinbarung erachten wir in diesem Zusammenhang für nicht ausreichend. Da nicht anzunehmen ist, dass das Gesetz vor Juli 2013 in Kraft treten kann, erachten wir die Frist des 30. Oktober 2013 für den Abschluss der erstmaligen Vereinbarung für nicht realistisch. Im Gesetz sollte daher eine andere Frist gesetzt werden. Die Mittel sollen erst verausgabt werden können, wenn eine wirksame Vereinbarung geschlossen wurde. Positiv bewertet wird die Klarstellung, dass sich der Verband der Privaten Krankenversicherung an der Förderung der Tätigkeit der BzgA beteiligen kann, denn auch die Privatversicherten profitieren von den Kompetenzen und Leistungsangeboten der BzgA.

Es wird begrüßt, dass insbesondere die individuellen Präventionskurse künftig einem einheitlichen Verfahren der Qualitätssicherung durch Zertifizierung unterworfen werden. Die vorgesehene Veröffentlichungspflicht über die Leistungsangebote im Internet kann die Transparenz gegenüber den Versicherten erhöhen und ist geeignet, den Qualitätswettbewerb der Krankenkassen in diesem Bereich zu befördern. Allerdings hält der Deutsche Caritasverband die Durchführung der Zertifizierung durch unabhängige und anerkannte Institutionen für unabdingbar. Die in § 20 Abs. 4

SGB V neu vorgeschlagene Zertifizierung der Angebote der Krankenkasse durch die Krankenkasse selbst widerspricht dem Erfordernis der Neutralität und Unabhängigkeit einer Zertifizierungsstelle.

Der Deutsche Caritasverband erachtet es als zentral, dass Versicherten weiterhin individuelle Präventionskurse auch ohne ärztliche Präventionsempfehlung niederschwellig zugänglich sind. Es entspricht der Kompetenz und Eigenverantwortung, wenn Versicherte aus eigenem Antrieb und unabhängig von Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 und 26 SGB V bzw. betriebsärztlicher Untersuchungen Primärpräventionsgebote ihrer Krankenkasse in Anspruch nehmen. Es ist daher positiv zu bewerten, dass der Gesetzentwurf die Inanspruchnahme von individuellen Verhaltenspräventionskursen nicht an eine ärztliche Präventionsempfehlung bindet. Gleichzeitig sollte die Krankenkasse bei ihrer Leistungsgenehmigung verbindlich an eine vorliegende Präventionsempfehlung gebunden sein.

Lösungsvorschlag

Die primäre Prävention hat im Besonderen das Ziel, einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten.

§ 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V soll lauten:

„Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vor, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und **insbesondere** einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten.“

Die Ausgaben für die primäre Prävention müssen erhöht werden. Der Förderbetrag für die BzGA sollte reduziert werden.

§ 20 Abs. 5 Satz 2 SGB V soll lauten:

„Ab dem Jahr 2014 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 mindestens 2 Euro für jeden ihrer Versicherten für Leistungen nach § 20a sowie mindestens 3 Euro für jeden ihrer Versicherten für Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz auf.“

§ 20 Abs. 6 Satz 2 SGB V sollen lauten:

„Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält für diese Leistungen vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine Vergütung in Höhe von 0,30 Euro für jeden Versicherten.“

Sollte der Gesetzgeber am Mindestbetrag von 0,50 Euro für die Durchführung der Aufgaben der BzGA festhalten, muss klargestellt werden, dass diese Gelder erst verausgabt werden können, wenn eine Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der BzGA getroffen wurde.

§ 20a Betriebliche Gesundheitsförderung

Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf stärkt die Rolle des Betriebsarztes, der im Gesetzestext nun explizit als Akteur der betrieblichen Gesundheitsförderung benannt wird. Neu ist die Einführung von Gruppentarifen der Arbeitgeber, denen die Arbeitnehmer beitreten können. In § 20a Abs. 3 Satz 2 und Satz 3 SGB V werden die Bestandteile der Gruppentarife geregelt: Vereinbarungen zur Qualitätssicherung, Evaluation der Maßnahmen, Dauer des Tarif. Weitere Vertragsbestandteile können Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20d SGB V, koordinierte Beratungs- und Betreuungsangebote sowie Mindestbindungsfristen sein. Die Gruppentarife müssen sich selbst tragen. Aufwendungen aus dem jeweiligen Tarif müssen sich aus den Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen ergeben. Die Einnahmen des Gruppentarifs können sich zudem aus Prämienzahlungen des Mitglieds und aus Leistungen des Arbeitgebers zusammensetzen.

Des Weiteren soll die Kooperation der Krankenkassen untereinander und mit den Unternehmen gestärkt werden. Zu diesem Zweck sollen nach § 20a Abs.4 SGB V regionale Koordinierungsstellen aufgebaut werden, die Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen beraten und unterstützen. An der Beratung sollen örtliche Unternehmensorganisationen beteiligt werden.

Werden die Mindestausgaben für die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a Abs. 4 Satz 2 erster Halbsatz in Höhe von 2 Euro unterschritten, stellt die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung, der sie dann nach einem noch festzulegenden Verteilungsschlüssel auf die Landesverbände der Krankenkasse und die Ersatzverbände, die Kooperationsvereinbarungen mit örtlichen Unternehmensorganisationen geschlossen haben, verteilt.

Bewertung

Im Setting Betrieb können viele Versicherte für gesundheitsförderliche Maßnahmen erreicht werden. Als sinnvoll erachtet der Deutsche Caritasverband eine stärkere Bündelung der Kompetenzen der Krankenkassen und der örtlichen Unternehmensorganisationen für die betriebliche Gesundheitsförderung. Die Krankenkassen sollen in den Regionen vor Ort zusammenarbeiten, um im konkreten Betrieb möglichst viele Versicherte zu erreichen. Diese Kooperationsfunktion sollen die regionalen Koordinierungsstellen erfüllen. Hier bleiben allerdings noch einige Fragen offen: Wie ist die „Region“ definiert, in der sich die Koordinierungsstellen bilden sollen? Bezieht sich die in § 20a Abs. 4 SGB V erwähnte „Nutzung bestehender Strukturen“ auf das Know how der jeweiligen Krankenkassen oder auf die Unternehmen? Es stellt sich zudem die Frage, wie die Zusammenarbeit in den Regionalen Koordinierungsstellen mit den örtlichen Unternehmensorganisationen, wie z.B. Industrie- und Handelskammern oder Handwerkskammern, konkret organisiert werden soll. Unklar bleibt auch, wie die regionalen Koordinierungsstellen der Krankenkassen finanziert werden sollen. Der Gesetzestext trifft zu diesen Punkten lediglich die Aussage, dass das Nähere zu Aufgaben, Arbeitsweise und Finanzierung der Koordinierungsstellen durch die Landesverbände der Kranken-

kassen und die Ersatzkassen geregelt werden soll bzw. durch Kooperationsvereinbarungen mit den örtlichen Unternehmensorganisationen.

Das Konzept des Gruppentarifs wird vom Deutschen Caritasverband als nicht ausgereift beurteilt. Einerseits ist es positiv zu bewerten, wenn Arbeitnehmer und Arbeitgeber von einem Gruppentarif profitieren können. Andererseits muss sich der Gruppentarif innerhalb der Krankenkasse ähnlich wie die Wahltarife nach § 53 SGB V selbst tragen. Er muss sich also aus den Einnahmen, Einsparungen oder Effizienzsteigerungen finanzieren. Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch Prävention und Gesundheitsförderung erzielt werden, rechnen sich jedoch teilweise erst nach Jahren. Der Nachweis der Selbsttragung des Gruppentarifs muss jedoch in kurzen Intervallen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde erfolgen. Nähere Angaben zu Regelungen dieses Nachweises fehlen im Gesetzentwurf gänzlich. Der Deutsche Caritasverband schlägt vor, Fristen analog zu den Wahltarifen nach § 53 SGB V vorzusehen. Es stellt sich zudem die Frage, was passiert, wenn ein Arbeitnehmer den Betrieb wechselt, im entsprechenden Gruppentarif jedoch eine Mindestbindungsfrist festgelegt ist. Grundsätzlich befürwortet der Deutsche Caritasverband, dass die Vertragspartner im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung auch Schutzimpfungen durchführen können.

An dieser Stelle sei grundsätzlich angemerkt, dass der Zunahme der psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise am und durch den Arbeitsplatz, bisher im Gesetzentwurf wenig Rechnung getragen wird. Zumindest in der Begründung sollte dieser Aspekt systematisch nachgebessert werden.

Zudem weist der Deutsche Caritasverband kritisch darauf hin, dass der Gesetzentwurf die gesundheitliche Situation von arbeitslosen Menschen im ALG I und ALG-II-Bezug nicht hinreichend in den Blick nimmt. In § 20 Abs. 6 SGB V, in dem beispielhaft Settings aufgezählt werden, in denen die BzGA aktiv werden soll, fehlen Settings, in denen Arbeitslose erreicht werden können. Dies ist insofern problematisch, da Arbeitslose oftmals einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und seltener an Präventions- und Gesundheitsangeboten teilnehmen als Arbeitnehmer. In der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Grünen bezüglich der Gesundheitsförderung für Arbeitslose steht, dass nur bei vier Prozent der Setting-Maßnahmen Arbeitslose als Zielgruppe genannt wurden (Dr. 17/9860, S.5). Die Bundesagentur für Arbeit ihrerseits hat keinen eigenständigen expliziten Präventionsauftrag. Sie kann Gesundheitsförderung als Bestandteil von Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 45 SGB III anbieten. Dies trifft allerdings nicht regelhaft zu, so dass Personen im SGB II und SGB III nur in Fällen von regionalen Kooperationen wie z.B. dem Projekt AmigA (Brandenburg) oder dem Projekt JobFit (NRW) von Präventionsmaßnahmen bei Arbeitslosigkeit erreicht werden können. Grundlegende Voraussetzung für den Erfolg präventiver Maßnahmen ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes die Freiwilligkeit der Teilnahme. Das Sanktionssystem des SGB II darf sich letztlich nicht auf die Pflege oder Wiederherstellung des Gesundheitszustandes erstrecken. Hier sollte vielmehr Unterstützung durch psychosoziale Beratung, motivierende Gesprächsführung und die Entwicklung individueller gesundheitsbezogener Ziele angeboten werden.

§ 20e Ständige Präventionskonferenz: Bericht über die Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention

Gesetzentwurf

§ 20e SGB V sieht die Etablierung einer Ständigen Präventionskonferenz beim Bundesministerium für Gesundheit vor. In Absatz 1 wird die Tätigkeit der Geschäftsstelle dieses neuen Gremiums geregelt. Absatz 2 beschreibt die Aufgaben, die einerseits in der Berichterstattung über die Entwicklung von Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen und deren Umsetzung bestehen, und andererseits in der Aufzeigung von Wegen und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung. Alle vier Jahre ist ein entsprechender Bericht zu erstellen, der vom Bundesministerium für Gesundheit den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unter Beifügung einer Stellungnahme zu dem Bericht unverzüglich vorzulegen ist. Absatz 3 regelt, welche Körperschaften und Organisationen in der Ständigen Präventionskonferenz Mitglied sein sollen.

Bewertung

Ein Monitoring der Präventions- und Gesundheitsförderung in Deutschland durch ein ständiges Gremium, das eine gesetzliche Legitimation hat, ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Es kann einen Beitrag leisten, um die Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung aufzuwerten und die Voraussetzungen für eine kontinuierliche und nachhaltige Weiterentwicklung zu schaffen. Der Deutsche Caritasverband hätte es begrüßt, wenn dieses Gremium parlamentarisch legitimiert worden wäre. Als Mitglieder der Ständigen Präventionskonferenz vorgesehen sind die betroffenen Bundesministerien, die Länder, die Kommunalen Spitzenverbände, die Sozialleistungsträger, die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber sowie die für Prävention und Gesundheitsförderung maßgeblichen Organisationen und Verbände. Der Deutsche Caritasverband begrüßt zunächst, dass der Gesetzgeber nicht nur das Bundesministerium für Gesundheit für die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention für zuständig erachtet, sondern auch andere Ministerien. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbands ist hier insbesondere an Ressorts, die für Wohnen, Verkehr, Arbeit, Bildung, Familie und Migration zuständig sind, zu denken. Gegenüber dem Referentenentwurf sind im Gesetzentwurf nun auch die Sozialleistungsträger sowie die Sozialpartner explizit in den Kreis der Teilnehmer der Ständigen Präventionskonferenz aufgenommen, was die Caritas gefordert hatte. In der Begründung muss jedoch klargestellt werden, dass auch die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, die aus Sicht des Deutschen Caritasverbands unbedingt Mitglied in einem solchen Gremium sein müssen, zum Kreis der Teilnehmer der Ständigen Präventionskonferenz zählen. Auch die Bundesagentur für Arbeit, als Verwaltungsträgerin der Arbeitslosenversicherung fehlt weiterhin in der Aufzählung. In der Zusammensetzung der Ständigen Präventionskonferenz muss deutlich werden, dass Prävention und Gesundheitsförderung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellen.

Wichtigste Aufgabe der Ständigen Präventionskonferenz ist die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung und ihre Umsetzung. Der Zeitraum von vier Jahren, der als Berichtsturnus vorgesehen ist, erscheint jedoch zu lange. Vorgeschlagen wird ein Berichtsturnus von zwei Jahren.

Unklar ist, welche Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele die Ständige Präventionskonferenz beobachten, evaluieren und ggf. weiterentwickeln soll. Hier muss analog zu § 20 Absatz 1 SGB V neu explizit auf die Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele, die der Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ entwickelt, verwiesen werden. Die Ständige Präventionskonferenz soll zudem nicht auf die Aufgabe eines Monitoring beschränkt sein, sondern einen aktiven Beitrag zur gezielten Weiterentwicklung von Präventionszielen leisten. Dazu ist es notwendig, dass sie die in der Prävention aktiven Akteure in der Durchführung ihrer Maßnahmen unterstützt. Daher muss die Ständige Präventionskonferenz auch eng mit den Regionalen Knoten des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit verknüpft werden. Ein Teil der Mittel, die für die Aktivitäten der BzGA nach § 20 Abs. 5 Satz 2 vorgesehen sind, sollte zweckgebunden für die Verknüpfung mit den Regionalen Knoten verwendet werden. Seit 2007 gibt es in allen Bundesländern „Regionale Knoten“, welche die Koordinierung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung auf Landesebene unterstützen und dabei zur Verbreitung der Guten Praxis in die Fläche beitragen. Da die Regionalen Knoten als Zielsetzung haben, die Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Gruppen in die Fläche zu tragen und weiterzuentwickeln, muss die Zusammenarbeit zwischen Ständiger Präventionskonferenz und Regionalen Knoten entsprechend verbindlich geregelt werden. Insofern teilen wir nachdrücklich die Position des Bundesrats, der in seiner Stellungnahme zu diesem Gesetz (BR-Drs. 217/13) die Bedeutung der Landesebene mit ihren regionalen und kommunalen Strukturen als wichtige und geeignete Ebene für die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung hervorgehoben hat.

Die Geschäftsstelle der Ständigen Präventionskonferenz sollte nicht in § 20e Abs. 1 SGB V, sondern in einem den Paragraphen abschließenden Absatz geregelt werden. Die in § 20e Abs. 1 Satz 2 beschriebenen Tätigkeiten und Aufgaben der Geschäftsstelle sind nicht im Gesetz, sondern in der Geschäftsordnung (Verweis in § 20e Absatz 3 Satz 2 SGB V) zu regeln.

Lösungsvorschlag

Die Ständige Präventionskonferenz soll alle zwei Jahre einen Bericht erstellen, den sie an das Bundesministerium für Gesundheit weiterleitet. Gleichzeitig sollte die Zusammensetzung überprüft werden. Sachgerecht wäre insbesondere die Beteiligung von den maßgeblichen Sozialversicherungen.

§ 20e Abs. 2 Satz 2 SGB V soll lauten: „Die Ständige Präventionskonferenz erstellt den Bericht alle zwei Jahre und leitet ihm den Bundesministerium für Gesundheit zu.“

§ 23 Medizinische Vorsorgeleistungen

Gesetzentwurf

Versicherte, die aus beruflichen oder familiären Gründen Vorsorgeleistungen nicht in Anspruch nehmen können, welche aus medizinischen Gründen erforderlich sind und für welche die wohnortnahen Leistungen nach § 23 Absatz 1 SGB V nicht ausreichen, können künftig ambulante woh-

nortferne Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten in Anspruch nehmen, ohne dass zuvor wohnortnahe Leistungen erbracht wurden. Der Zuschuss, den die Satzung der Krankenkasse, für den Versicherten vorsieht, erhöht sich für erwachsene Versicherte von 13 auf 16 Euro und für versicherte chronisch kranke Kinder von 21 auf 25 Euro.

Bewertung

Die neue Vorschrift stellt eine spezifizierende Klarstellung schon bestehenden Rechtes dar. Auch bisher konnten Versicherte, für die wohnortnahe Vorsorgeleistungen nicht ausreichend waren, etwa weil sie aufgrund von familiären Verpflichtungen nicht an regulären wohnortnahen ambulanten Vorsorgeleistungen teilnehmen konnten, Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten wahrnehmen. Die Änderung dient der Klarstellung. Auch die Erhöhung des Zuschusses nach § 23 Absatz 2 Satz 2 und Satz 3 SGB V ist angemessen.

§ 25 Präventionsempfehlung im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen

Gesetzentwurf

In der Neuregelung wird klargestellt, dass zu den Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V auch die präventionsorientierte Beratung gehört. Die Untersuchungen sollen zudem auch eine Präventionsempfehlung für Leistungen nach § 20 Absatz 3 Satz 2 SGB V in Form einer ärztlichen Bescheinigung umfassen können, sofern diese medizinisch angezeigt ist.

Bewertung

Der Gesetzentwurf setzt den präventionsmedizinischen Grundsatz um, dass eine Früherkennung, die sich auf die Erkennung von bereits eingetretenen Krankheiten beschränkt, zu kurz greift. Die Regelung sieht vor, dass bei Früherkennungsuntersuchungen systematisch auch der Aspekt der Primärprävention und Gesundheitsförderung in den Blick genommen werden muss. Viele Erkrankungen, wie die Volkskrankheiten Herz-Kreislauf- oder Stoffwechselerkrankungen, können durch gesundheitsbewusste Lebensführung, wie gesunde Ernährung, Bewegung, Stressreduktion, positiv beeinflusst werden. Es ist positiv zu bewerten, wenn im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung auch eine Präventionsempfehlung abgegeben werden kann, die für die Krankenkassen eine wichtige Grundlage für die Entscheidung über eine Leistung zur individuellen Prävention nach § 20 Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB V darstellt. Die Präventionsempfehlung soll nach Auffassung des Deutschen Caritasverbands regulärer Bestandteil der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V sein. Sie soll für die Entscheidung der Krankenkassen über Leistungen der Primärprävention nach § 20 Absatz 3 Satz 2 SGB V bindend sein.

Der Deutsche Caritasverband erachtet es als nicht ausreichend, wenn Präventionsempfehlungen nur im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V abgegeben werden können. Präventionsempfehlungen sollen auch regulärer Bestandteil einer kurativen Behandlung sein können. § 28 Absatz 1 SGB V (ärztliche Behandlung) ist entsprechend zu ergänzen. Zudem sollte

sich die Präventionsempfehlung auch auf Maßnahmen der Gesundheitsförderung erstrecken können. Dies sollte explizit im Titel zum Ausdruck kommen. Der Deutsche Caritasverband schlägt daher vor, die „Präventionsempfehlung“ zur „Empfehlung für Primärprävention und Gesundheitsförderung“ um zu titulieren. Näheres soll der Gemeinsame Bundesausschuss regeln. Der Arzt soll im Rahmen der ärztlichen Behandlung auch verpflichtet werden, die Wirkung seiner ärztlichen Empfehlung im Sinne einer Erfolgskontrolle zu überprüfen und die Empfehlung ggf. anzupassen.

Lösungsvorschlag

§ 28 Absatz 1 wird nach Satz 1 SGB V um folgenden Satz ergänzt:

„Die ärztliche Behandlung umfasst, sofern medizinisch angezeigt, eine Empfehlung zur Primärprävention und Gesundheitsförderung“.

§ 26 Kinderuntersuchungen

Gesetzentwurf

Die Neuregelung sieht eine Erweiterung der U-Untersuchungen auf die Altersgruppe der 6-10jährigen vor. Zudem sollen sich Früherkennungsuntersuchungen für Kinder ab dem 10. Lebensjahr künftig auch expressis verbis auf die psycho-soziale Entwicklung beziehen.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die verpflichtende Erweiterung der U-Untersuchungen auf die Altersgruppe der 6-10jährigen. Schon heute werden die Untersuchungen U10 und U11 sowie die J2 von den Kinderärzten angeboten, jedoch nicht von allen Krankenkassen bezahlt. Durch die Aufnahme in den Pflichtkanon wird diese Regelungslücke geschlossen.

Die psycho-soziale Entwicklung von Kindern ab dem 10. Lebensjahr ist bereits heute Bestandteil der geltenden Kinder-Richtlinien. Somit vollzieht der Gesetzestext nach, was ohnehin schon geltende Richtlinie und Praxis ist. Der Deutsche Caritasverband begrüßt die gesetzliche Klarstellung dennoch ausdrücklich. Es ist wichtig, dass in das historisch gewachsene SGB V Paradigmenwechsel wie „Prävention vor Kuration“ oder die Anerkennung psycho-sozialer Entwicklungsstörungen neben somatischen Erkrankungen systematisch Eingang finden.

§ 65a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Gesetzentwurf

Die Neuregelung sieht vor, die bisherige „Kann“-Leistung in den Satzungen der Krankenkassen zu einer „Soll“-Leistung umzuwandeln. Des Weiteren soll der Bonus neben der bisher schon gewährten Form der Absenkung der Belastungsgrenze nach § 62 Absatz 1 Satz 2 SGB V nur noch in

Form einer Geldleistung gewährt werden. Voraussetzung für die Gewährung ist die Teilnahme an einer zertifizierten Leistung zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 4 SGB V sowie bei Teilnahme an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, wobei in letzterem Fall neben dem Versicherten auch der Arbeitgeber vom Bonus profitieren soll.

Bewertung

Es ist zu bezweifeln, ob die Umwandlung der „Kann“- in eine „Soll“-Leistung mehr Anreize für die Krankenkassen zur Gewährung von Bonusprogrammen bietet. Der Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten ist ein Wettbewerbselement. Jede Krankenkasse, die den Bonus finanziell tragen kann, wird dieses Instrument anbieten.

Der Deutsche Caritasverband bewertet es als Engführung, den Bonus auf die Auszahlung einer Geldleistung - neben der heute schon möglichen Absenkung der Belastungsgrenze - zu beschränken. Es soll den Krankenkassen überlassen bleiben, welche Art von Bonus sie anbieten. Dies kann ein erhöhter Zuschuss zu den Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V sein oder auch die kostenlose Teilnahme an individuellen Präventionskursen nach § 20 SGB V, um nur einige Möglichkeiten zu nennen. Das Argument aus der gesetzlichen Begründung, dass der Bonus immer einen Bezug zu gesundheitlichen Maßnahmen aufweisen muss, ist sachgerecht und nachvollziehbar. Hier bieten sich jedoch mehr Möglichkeiten als die Gewährung einer reinen Geldleistung.

Lösungsvorschlag

In § 65a Absätze 1 und 2 SGB V neu sollen jeweils die Wörter „eine Geldleistung“ gestrichen werden.

In § 65a Absatz 1 SGB V neu wird Satz 2 gestrichen.

Zusätzlich zu den im Gesetzentwurf genannten Regelungsbereichen weist der Deutsche Caritasverband an dieser Stelle auf die unzureichende Individualprophylaxe zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf hin und unterbreitet erneut einen Lösungsvorschlag.

Versorgungsprobleme bei der Zahngesundheit von Menschen mit Behinderung oder Pflegebedürftigkeit (§§ 21, 22 SGB V)

Problem

Menschen mit Behinderung oder Pflegebedürftige mit kognitiven und motorischen Einschränkungen haben häufig Schwierigkeiten bei der ausreichenden und selbstständigen Durchführung der Mundhygiene. Wissenschaftliche Studien zur Entwicklung der Kariesverbreitung und des Kariesbefalls belegen, dass bei diesen Personengruppen ein deutlich schlechterer Status der Mund- und Zahngesundheit als in der Allgemeinbevölkerung besteht. Neben dem erhöhten Kariesrisiko und

Erkrankungen des Zahnfleisches sind diese Personen auch stärker von Folgeerkrankungen aufgrund unzureichender Mundhygiene betroffen.

Lösung

Um den Zahngesundheitszustand dieser Personengruppen nachhaltig und dauerhaft zu verbessern, ist eine intensive prophylaktische Betreuung dieser Patientengruppe notwendig. Der Deutsche Caritasverband schlägt daher vor, den Kreis der Anspruchsberechtigten der Gruppenprophylaxe nach § 21 Abs. 1 SGB V und der Individualprophylaxe nach § 22 Abs. 1 und 3 SGB V um diese Patientengruppe zu erweitern.

§ 21 Abs. 1 SGB V sollte daher lauten:

- (1) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben **und ihrer Versicherten, die aufgrund einer dauerhaften Behinderung oder Pflegebedürftigkeit nicht die motorischen oder kognitiven Fähigkeiten besitzen, die erforderlichen Verrichtungen zur Individualprophylaxe zu verstehen oder umzusetzen**, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. In Schulen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. **In Behinderten- und Pflegeeinrichtungen werden die Maßnahmen ohne Altersbeschränkung durchgeführt.** Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten, Schulen **und Behinderten- und Pflegeeinrichtungen** durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.

§ 22 Abs. 1-3 SGB V sollten wie folgt ergänzt werden:

- (1) Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben **und Versicherte, die aufgrund einer dauerhaften Behinderung oder Pflegebedürftigkeit nicht die motorischen oder kognitiven Fähigkeiten besitzen, die erforderlichen Verrichtungen zur Individualprophylaxe zu verstehen oder umzusetzen**, können sich zur Verhütung von Zahnerkrankungen einmal in jedem Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen.
- (2) Die Untersuchungen sollen sich auf den Befund des Zahnfleisches, die Aufklärung über Krankheitsursachen und ihre Vermeidung, das Erstellen von diagnostischen Vergleichen zur Mundhygiene, zum Zustand des Zahnfleisches und zur Anfälligkeit gegenüber Karieserkrankungen, auf die Motivation und Einweisung bei der Mundpflege sowie auf Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne erstrecken.

- (3) Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben **und Versicherte, die aufgrund einer dauerhaften Behinderung oder Pflegebedürftigkeit nicht die motorischen oder kognitiven Fähigkeiten besitzen, die erforderlichen Verrichtungen zur Individualprophylaxe zu verstehen oder umzusetzen**, haben Anspruch auf Versiegelung von Fissuren und Grübchen.

II. Antrag der SPD-Bundestagsfraktion Kinder- und Jugendgesundheits: Ungleichheiten beseitigen – Vorsorgelücke schließen (BT-Drs. 17/9059)

Die SPD-Bundestagsfraktion hat einen umfassenden Antrag zur Kinder- und Jugendgesundheits vorgelegt, den der Deutsche Caritasverband in seinem Ansatz nachdrücklich begrüßt.

Der Deutsche Caritasverband unterstützt die Forderung, dass die gesetzlichen Regelungen zur SAPV und zur Hospizarbeit entsprechend der spezifischen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen umgesetzt werden. Insbesondere bei schwerkranken Kindern sind die Heilungschancen wesentlich schwieriger abzuschätzen als bei schwerkranken Erwachsenen. Charakteristisch für den Krankheitsverlauf ist, dass sich palliative Phasen intermittierend mit kurativen Phasen abwechseln. Wichtig ist auch die konsequente Einbeziehung ambulanter Pflegedienste in das Versorgungsgeschehen. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auch auf das Problem, dass im Kinderhospizbereich zunehmend Kurzzeitpflegeleistungen anstelle von ambulanten Hospizleistungen abgerechnet werden, sodass Kurzzeitpflege den Eltern dann nicht mehr zur Verfügung steht, wenn sie eigentlich benötigt wird.

Ein weiterer Schwerpunkt des SPD-Antrags liegt auf der Kinderrehabilitation. Der Bundesverband Katholischer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche e.V. weist auf die hohe Ablehnungsquote von stationären Maßnahmen der Kinder- und Jugendrehabilitation durch den zweiten Kostenträger, die Deutsche Rentenversicherung, hin, die sich bisher als verlässlicher Träger von Rehabilitationsmaßnahmen erwiesen hat. Im Jahr 2011¹ wurden 49,8 Prozent aller an Rentenversicherungsträger gestellten Anträge abgelehnt. Ursache dürfte sein, dass im Jahr 2009 erstmals die Ausgaben des Reha-Budgets in der GRV mit 5,4 Mrd. Euro vollkommen ausgeschöpft waren und das Reha-Budget einiger Regionalträger bereits überschritten wurde.

Im gleichen Zeitraum sank der Anteil der genehmigten Anträge. Hauptursache für diese Entwicklung ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbands die demographische Entwicklung und der hieraus resultierende erhöhte Bedarf an Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Daher setzt sich der Deutsche Caritasverband seit Jahren nachdrücklich für eine Anhebung des Reha-Deckels ein. Im Referentenentwurf zur Stärkung der Alterssicherung hatte die Bundesregierung die Einführung eines demographischen Faktors bei der Festlegung des Reha-Budgets in § 287 SGB VI vor-

¹ Die Statistik der Bewilligungszahlen über stationäre Rehabilitation für Kinder- und Jugendliche des Jahres 2012 liegt voraussichtlich im Juni 2013 vor.

gesehen. Die SPD-Bundestagsfraktion hat in ihrem Änderungsantrag zum Gesetzentwurf zur „Neuorganisation der bundesunmittelbaren Unfallkassen, zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes und zur Änderung anderer Gesetze (BUK-NOG) diese Gesetzesänderung wortgleich gefordert. Der Deutsche Caritasverband unterstützt diese Gesetzesinitiativen nachdrücklich und fordert die Bundesregierung auf, noch in dieser Legislaturperiode eine entsprechende gesetzliche Änderung herbeizuführen.

Zudem setzen wir uns gemeinsam mit dem Bundesverband Katholischer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche e.V. dafür ein, dass die im Gesetz geforderte Statistik über die Entwicklungen der Anträge und Bewilligungen für den Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach § 40 SGB V analog zur hervorragenden Statistik der Gesetzlichen Rentenversicherung nach wichtigen Merkmalen aufgeschlüsselt wird. Um das Leistungsspektrum erfassen zu können, ist es notwendig, nach Indikationsgruppen sowie nach Altersgruppen (z.B. Kinderrehabilitation) zu differenzieren, konkret betrifft dies folgende Merkmale:

- Anzahl der Antragsstellungen
- Anzahl der Antragsbewilligungen
- Anzahl der abgelehnten Anträge
- Gründe für die Ablehnung des Antrags
- Anzahl der Widersprüche
- Anzahl der Antragsbewilligungen nach Widerspruchsantrag
- Anzahl der Anträge nach Indikationsgruppen
- Anzahl der Anträge nach Altersgruppen

Die Merkmale sollten zudem jeweils nach folgenden Leistungsgruppen differenziert werden:

- Medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 vs. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40.

Des Weiteren muss die Praxis einiger gesetzlicher Krankenversicherungsträger, Anträge zur Reha von Kindern und Jugendlichen an die Rentenversicherung weiter zu leiten oder als kostengünstigere Vorsorge- oder Mutter-Kind-Maßnahmen durchzuführen, unterbunden werden.

Eine bessere Information über bestehende Möglichkeiten zur Kinderrehabilitation durch Einrichtung eines „Lotsenmodells“, wie im vorliegenden Antrag gefordert, kann sinnvoll sein. Der Deutsche Caritasverband unterstützt nachdrücklich die Forderung der SPD-Bundestagsfraktion, die Kinder- und Jugendgesundheit als schnittstellenübergreifende Aufgabe anzusehen und Prävention, Rehabilitation, Kuration und Palliativversorgung in ein Gesamtkonzept zu integrieren, in das sämtliche Akteure des Gesundheitswesens, insbesondere auch die Länder und Kommunen, eingebunden sind. Dabei sollten auch die Erkenntnisse des 13. Kinder- und Jugendberichts über mehr Chancen des gesunden Aufwachsens, insbesondere der vom Bericht herausgestellte salutogenetische Ansatz berücksichtigt werden. Von besonderer Bedeutung ist die weitere Stärkung

von primärpräventiven Interventionen. Gerade vor dem Hintergrund der Bedeutung, die die soziale Lage von Familien für die Gesundheit von Kindern hat, sollten gesundheitsfördernde und primärpräventive Interventionen auch auf Familien ausgedehnt werden, und Maßnahmen in den Settings Kindertagesstätten, Krippen und Schulen verstetigt werden.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die SPD-Bundestagsfraktion in ihrem Antrag auf die Problematik der bestehenden Abstimmungsprobleme im Bereich der Komplexleistung Frühförderung hinweist. Statt einer integrierten und einheitlichen Leistungserbringung, die vom Gesetzgeber in § 30 SGB IX vorgesehen wird, kommt es in der Praxis immer wieder zu Abstimmungsproblemen zwischen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern. Damit die Komplexleistung der Frühförderung zustande kommt, muss der Gesetzgeber eine eindeutige Regelung für die Zusammenarbeit treffen.

Freiburg/Berlin, den 7. Mai 2013

Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Deutscher Caritasverband e.V.

Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik, Deutscher Caritasverband e.V., Berliner Büro, Tel. 030 284447-46, E-Mail: elisabeth.fix@caritas.de

Renate Walter-Hamann, Leiterin des Referats Gesundheit, Rehabilitation, Sucht, Deutscher Caritasverband e.V., Tel. 0761 200-369, E-Mail: renate.walter-hamann@caritas.de

Tatjana Loczenski, Leiterin der Arbeitsstelle Sozialrecht, Deutscher Caritasverband e.V., Tel. 0761 200-576, E-Mail: tatjana.loczenski@caritas.de