

### **Schriftliche Stellungnahme**

## **Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.**

### **Zum Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention (BT-Drucksache 17/13080) sowie zum Antrag der SPD-Fraktion „Kinder- und Jugendgesundheit: Ungleichheiten beseitigen – Versorgungslücken schließen“ (BT-Drucksache 17/9059)**

#### **Vorbemerkung**

Grundsätzlich wäre ein höherer Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland ausdrücklich zu begrüßen. Der vorgelegte Gesetzentwurf macht jedoch schon in seiner Überschrift und seiner Begrenzung auf die Neuorganisation von im Vergleich zu den Gesamtausgaben der GKV marginalen Mitteln deutlich, dass kein solch höherer Stellenwert nicht wirklich angestrebt wird.

Der ganze Gesetzesentwurf basiert auf einem mechanistischen Menschen- und Präventionsverständnis. Schon die gesundheitswissenschaftlich nicht eingeführten Begriffe der „Eigenkompetenz“ oder der „Prävention in Lebenswelten“, die nun gesetzlich verankert werden sollen, zeigen, dass es nicht um die Stärkung von Gesundheitspotenzialen in Lebenswelten und von Individuen geht, sondern um den Transport von wirkungslosen Aufklärungsmaterialien in Lebenswelten.

Grundsätzlich ist an dem vorgelegten Gesetzesentwurf folgendes zu kritisieren:

#### **1. Keinerlei verhältnispräventive Elemente sind zu erkennen**

Ein Präventionsgesetz, das nicht einmal versucht verhältnispräventive Regelungen zu treffen, muss auf jeden Fall zu kurz greifen. Dringendste Handlungsbedarfe sind hier insbesondere bei der völlig unsystematischen Besteuerung von Alkohol, der Anpassung der Alkoholprävention auf europäische Standards was etwa Werbe- und Verkaufseinschränkungen betrifft, die Vermeidung von gesundheitsschädigenden Fehlanreizen in der Nahrungsmittelproduktion und dem Lebensmittelmarkt sowie in einer präventiven Neuorientierung der Gesundheitsversorgung selbst zu sehen.

Die Erfolge der Verhältnisprävention im Bereich der Besteuerung von Tabakprodukten, den Werbeverböten und der Konsumeinschränkungen im öffentlichen Raum, könnten unschwer auf andere Bereiche übertragen werden. Bei der Besteuerung von Alkoholika ist keine Systematik zu erkennen, eine progressive Besteuerung nach dem Alkoholanteil der einzelnen Produkte und Werbeverbote wären zumindest ein Schritt in die richtige Richtung. Die Bundesrepublik Deutschland verfügt zudem über im internationalen Vergleich hohe Standards im Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie der Unfallverhütung. Dabei sind im Rahmen eines dualen Systems der Arbeits- und Gesundheitsschutz insbesondere wichtige Kontroll- und Aufsichtsfunktionen den staatlichen Behörden der Bundesländer übertragen worden, während die Unfallverhütung am Arbeitsplatz eine der zentralen Aufgaben der Arbeitgeber sowie der gesetzlichen Unfallversicherung ist. In keinem anderen Präventionssektor sind die verhältnispräventiven Ansätze so umfassend verankert. Auch die Erfahrungen aus diesem Bereich werden in keinsten Weise berücksichtigt.

## **2. Prävention wird verkürzt auf die Aktivitäten der GKV, eine Gesamtstrategie der Bundesregierung zu Stärkung der Prävention durch die Verzahnung verschiedener Sektoren ist nicht zu erkennen**

Eine zwischen den relevanten Bundesministerien (BMG, BMAS BMFSFJ, BMELV, BMBF, und BMU) abgestimmte Präventionsstrategie fehlt nach wie vor. Lediglich punktuell und themengebunden, z.B. im Rahmen des Nationalen Aktionsplans in Form sind Abstimmungen erfolgt. Aber eine Abstimmung von Handlungsschwerpunkten, Förderaktivitäten und eine Koordination der Präventionsaktivitäten der nachgeordneten Behörden (z.B. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Robert-Koch-Institut, Deutsches Jugend Institut, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Bundesanstalt für Arbeit, Max-Rubner-Institut, Umweltbundesamt etc.) fehlt.

Nicht einmal für den Bereich der Kinder- und Jugendlichen werden die Empfehlungen des 13. Kinder- und Jugendberichtes der Bundesregierung von 2009 aufgegriffen, die eine stärkere Verzahnung des Bildungssektors, der Jugendhilfe und der Gesundheitsförderung zum Inhalt hatten.

Das in Bezug auf die Förderung von Aktivitäten und Maßnahmen in den Kommunen deutlich besser ausgestattete Bundeskinderschutzgesetz wird für die Prävention in kommunalen Lebenswelten ab 2014 insgesamt 51 Millionen Euro zur Verfügung stellen und dies nur für die Altersgruppe der 0-3-Jährigen. Wenn für diese Altersgruppe allein und derselben Bundesregierung ein Betrag in dieser Höhe als notwendig angesehen wird, wie soll für die Prävention in allen Lebenswelten für alle Altersgruppen (auch für die 0-3-Jährigen) ein Betrag in Höhe von 2 Euro pro gesetzlich Versicherten ausreichend sein?

Anknüpfungspunkte zu diesem wichtigsten Präventionsgesetz der Bundesregierung in der laufenden Legislaturperiode werden bei dem vorhandenen Gesetzesentwurf ohnehin nicht gesucht, weil er ein rein ressortbezogen angelegt ist.

## **3. Eine rein bundesgesetzliche Neuregelung ohne konkrete Anknüpfungspunkte an länderbezogene und kommunale Präventionsstrategien schafft neue Schnittstellenprobleme und ein Zuständigkeitswirrwarr**

Der Gesetzesentwurf bezieht die Länderebene nur auf der Ebene von Mitgliedschaften in der ständigen Präventionskonferenz ein, andere Schnittstellen zu länderbezogenen Programmen und Zuständigkeiten werden nicht gesehen. Allein die Vorstellung, dass eine oberste Bundesbehörde wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Abstimmung mit den gesetzlichen Krankenkassen direkt in Kommunen aktiv wird ohne die gewachsenen Zuständigkeiten und Strukturen auf Landesebene zu berücksichtigen, ist absurd.

Die Förderung der durch BMELV auf Länderebene degressiv geförderten Vernetzungsstellen für Schulverpflegung zeigt, dass eine systematische Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern funktionieren kann.

Auch dass die Landesvereinigungen oder Landeszentralen für Gesundheit/Gesundheitsförderung in dem gesamten Gesetzesentwurf nicht einmal erwähnt werden, macht deutlich, dass effektive nichtstaatliche Strukturen keine Berücksichtigung finden und Prävention quasi staatlich verordnet herunterregnen soll in die Lebenswelten vor Ort. Ein Präventionsgesetz das systematisch die Strukturen auf Länderebene ausblendet, kann in der Umsetzung nicht funktionieren. Auch hier sind mit dem Bundeskinderschutzgesetz ganz andere, gegenläufige Akzente gesetzt worden mit länderbezogenen Koordinierungsstellen, die finanziell sehr gut ausgestattet wurden. Wenn

allein für die Umsetzung der präventiven Hilfen und der Qualitätssicherung von Maßnahmen auf Länderebene für die 0-3-Jährigen der Bund jährlich 2,8. Millionen Euro zur Verfügung stellt, wie kann es dann sein, dass die Länderebene für die Prävention für alle Altersgruppen keine Rolle spielen soll?

#### **4. Nicht einmal alle präventiven Regelungen des Fünften Sozialgesetzbuches werden in den Gesetzesentwurf einbezogen**

Auch wenn es erheblichen Regelungsbedarf zur Neuorganisation der von der Gesetzlichen Krankenversicherung verausgabten Mittel nach § 20, SGB V gibt, stellt die Neuregelung dieses und anderer (unbedeutender) Paragraphen des Fünften Sozialgesetzbuches kein kohärentes Präventionsgesetz dar. Obwohl die Prävention für den Regelungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherungen bereits in der geltenden Fassung des Fünften Sozialgesetzbuches mit § 1 grundlegend gemacht wurde, werden im SGB V die Einzelregelungen quasi verstreut über das ganze Sozialgesetzbuch getroffen und nicht einmal unter einheitlichen Begrifflichkeiten verankert. Es tauchen teilweise in synonymen Verwendungen die Begriffe Früherkennung, Verhütung von Erkrankungen, medizinische Vorsorgeleistungen, Gesundheitsförderung, primäre Prävention, Prophylaxe, Gesundheitsuntersuchungen und gesundheitsbewusstes Verhalten auf. Erklärbar ist das nur mit dem Zeitpunkt der gesetzlichen Verankerungen, häufig jedoch nicht mit den zugrunde liegenden Ansätzen und Konzepten. Das Präventionsgesetz in der vorliegenden Fassung versucht nicht einmal hier eine einheitliche Systematik einzuziehen, sondern führt zudem noch neue Überschriften und Begriffe ein.

#### **5. Ein Ausbau der Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung wird nicht vorangetrieben, auf vorhandene Erkenntnisse wird nicht zurückgegriffen**

Die Präventionsforschung in Deutschland wird im Vergleich zu anderen medizinorientierten Gesundheitsforschungsförderstrategien bislang nur marginal gefördert. In vier Förderschwerpunkten des BMBF wurden seit 2006 insgesamt in vier Präventionsforschungsausschreibungen nur 20 Millionen Euro in insgesamt 60 Forschungsprojekte investiert. Die letzten Forschungsprojekte laufen zur Zeit aus. Eine Bezugnahme auf die Forschungsergebnisse ist nicht im Rahmen des Gesetzesentwurfes vorgenommen. Insgesamt sollte Präventionsforschung ausgebaut und zielgerichteter, insbesondere in die Salutogenese- und Wirksamkeitsforschung investiert werden.

Die Einrichtung eines Nationalen Kompetenzzentrums für Gesundheitsförderung und Prävention könnte einen Überblick über effektive Handlungsansätze gewährleisten und weitere Forschungsbedarfe benennen und vorantreiben.

Im Einzelnen ist an dem Gesetzesentwurf zu kritisieren

#### **Änderung § 1, SGB V**

Eigenkompetenz ist ein kein eingeführter gesundheitswissenschaftlicher Begriff. Meint der Gesetzesentwurf möglicherweise die Selbstkompetenz? Neben der grundsätzlichen Kritik daran, dass der Gesetzesentwurf insbesondere systematisch auf die Eigenverantwortung verweist und dabei gesundheitliche Chancenungleichheit komplett ignoriert und Ressourcenstärkung nicht berücksichtigt, stellt diese Ergänzung zudem eine Doppelung im Gesetzestext dar. Denn bereits in Satz 2 steht schon „Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch gesundheitsbewusste Lebensführung...“

### **Änderungen § 20, SGB V Absatz 1**

In Absatz 1 werden die Gesundheitsziele (Diabetes mellitus Typ 2 Risiko senken, Brustkrebs Mortalität vermindern, Tabakkonsum reduzieren, Gesund aufwachsen, Patientensouveränität stärken, Depressive Erkrankungen verhindern, Gesund älter werden) als Grundlage der Leistungen festgeschrieben. Der Entstehungskontext von drei dieser sieben nun festgeschriebenen Gesundheitsziele (Diabetes mellitus, Brustkrebs und Patientensouveränität) ist überhaupt nicht präventiv ausgerichtet. Im Gegenteil mit Brustkrebs und Diabetes mellitus sollten ausdrücklich krankheitsbezogenen Zielstellungen ausformuliert werden. Es handelt sich genau wie bei der Patientensouveränität damit um Versorgungsziele. Eine zielorientierte Neuausrichtung der Prävention ist notwendig, aber einfach alle in einem eher lockeren Kooperationsverbund wie gesundheitsziele.de ihn darstellt, definierten Zielbereiche ohne Berücksichtigung der präventiven Ausrichtung oder Qualität der Ziele quasi gesetzlich zu verankern, stellt keine solche Neuausrichtung dar. Eine Hierarchisierung der Ziele in Bezug auf die präventiven Anteile erfolgt nicht. Sinnvoller wäre es gewesen, nur die lebensphasen- und präventionsbezogenen Zielbereiche einzubeziehen.

Fraglich ist auch, wie bei den dauernd notwendigen und erfolgenden Aktualisierungen der Ziele dann jeweils der Gesetzestext selbst ebenfalls aktualisiert werden muss. Als nächstes Gesundheitsziel soll nach den derzeitigen Planungen von gesundheitsziele.de das Thema Patientensicherheit bearbeitet werden. Sollen alle neu entwickelten Ziele unabhängig von ihrer Präventionsausrichtung ebenfalls gesetzliche Wirkung bekommen?

### **Absatz 2**

Der GKV-Spitzenverband überarbeitet bereits regelmäßig den „Leitfaden Prävention“, in welchem Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung festgelegt werden. Der Entwurf benennt lediglich weitere Vorgaben, die bei der Überarbeitung zu berücksichtigen sind. Die alleinige Zuständigkeit des GKV-Spitzenverbandes auch bei der Ermittlung von Zielgruppen, Zugangswegen ist als problematisch einzuschätzen. Die Länderebene ist in die beratende Kommission nicht einbezogen. Die Fülle von konkurrierenden Parallelaktivitäten von Einzelkassen insbesondere in Schulen und Kindertagesstätten wird nicht unterbunden.

### **Absatz 5**

Die grundsätzliche Schieflage zwischen den Ausgaben der Individualprävention, die eher gesundheitsbewusste, besser gestellte Bevölkerungsschichten erreichen und den Investitionen in Settings bzw. Lebenslage wird mit dem Gesetzesentwurf nur unwesentlich verändert. Eine Analyse der Effekte der Individualprävention, auch wenn sie nun auf ärztliche Empfehlung erfolgen soll, steht zudem an keiner Stelle des Gesetzesentwurfes. Eine deutliche Veränderung gibt es ab 2014 nur bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und dem Haushalt der BZgA, während es bei den Angeboten der Krankenkassen in den Lebenswelten im Endeffekt kaum Änderungen geben wird. In 2011 gaben die Kassen pro Versichertem 0,33 € für Prävention in Lebenswelten aus. Wenn wir berücksichtigen, dass von dem 1 € mindestens 50 Cent an die BZgA gehen, die das Geld insbesondere in Medien und nicht in Strukturen vor Ort investiert, ist die Steigerung nur geringfügig und ein nennenswerter Effekt auf die lebensweltbezogene Prävention nicht zu erwarten.

### **Absatz 6**

Der GKV-Spitzenverband beauftragt die BZgA ab dem Jahr 2014 mit der Durchführung von kassenübergreifenden Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für die in der GKV Versicherten insbesondere in Kitas, Kindergärten, Schulen und Jugendeinrichtungen sowie in Lebenswelten älterer Menschen. Wie eine Verzahnung oder Arbeitsteilung dieser Aktivitäten mit den verbleibenden Aktivitäten der Einzelkassen, in die die gleiche Summe investiert werden muss, erfolgen soll, ist zudem völlig unklar. Die Lebenswelten älterer

Menschen werden nicht definiert und bleiben wenig greifbar. Die neueren Ansätze der gesundheitsfördernden Settingarbeit, Kommunen als Dachsetting für die gesundheitsfördernde Arbeit in KiTas, Schulen, Krankenhäusern und Stadtteilen zu begreifen und integrierte Kommunale Handlungsstrategien in Form von Präventionsketten zu erarbeiten, wird überhaupt nicht aufgegriffen.

### **Änderungen in § 20a**

Die Betriebsärzte werden bei der Erfassung der gesundheitlichen Situation im Betrieb einbezogen. Zudem werden drei neue Absätze ergänzt. Danach können Krankenkassen und Arbeitgeber Gruppentarife abschließen, denen die dort versicherten Arbeitnehmer beitreten können.

Wie die Gruppentarife attraktiv für die Versicherten gestaltet werden könnten, bleibt äußerst vage. Die Vertragspartner vereinbaren gemeinsam die Tragung der Kosten. Die Einnahmen aus dem Gruppentarif können sich nach Entwurfstext aus Prämienzahlungen des Mitglieds und Leistungen des Arbeitgebers zusammensetzen. Ungelöst ist zudem das Problem, dass dieses Instrument wohl v.a. bei Großbetrieben umsetzbar ist. Dies erstaunt sehr vor dem Hintergrund, dass im Entwurf auch betont wird, dass nun auch kleine und mittelständische Unternehmen durch die BGF besser erreicht werden sollen.

Die Soll-Vorschrift zur Unterstützung der regionalen Koordinierungsstellen ist ohne klare organisatorische Vorgaben nicht ausreichend. erinnert sei hier auch an die schlechten Erfahrungen mit den gemeinsamen Servicestellen nach SGB IX, die vor Ort keinerlei Verbesserungen erzielen konnten und weitgehend ungenutzt von der Bevölkerung und anderen Trägern vor Ort dahin vegetieren. Ein Regelungsbedarf wird weder aus dem Bereich des Arbeitsschutzes noch der betrieblichen Gesundheitsförderung gesehen. Eine Zusammenarbeit mit den bereits größtenteils regionalen Arbeitskreisen Arbeitssicherheit ist zudem nicht einmal erwähnt. Der nationale Normenkontrollrat bemängelt bereits den Mehraufwand bei den Kassen.

### **Neuer § 20e**

Die Aufgaben der Präventionskonferenz bleiben im Gesetzesentwurf absolut vage. Sie ist vor allem als Berichtsgremium konzipiert, das auch Wege zur Weiterentwicklung aufzeigen soll. Welche Verbindlichkeit ihre Empfehlungen haben werden, bleibt offen. Zu hinterfragen ist außerdem, wie schnell sie und ob sie überhaupt zu Ergebnissen kommen kann. Verfahrensregelungen zur Beschlussfassung in dem Gremium werden nicht getroffen. Das Procedere der eigentlich dringend notwendigen Verständigung von Bund, Ländern und Kommunen, Landesvereinigungen für Gesundheit, der Sozialversicherungsträger, der Leistungserbringer und der Wissenschaft und die Abgrenzung zu gesundheitsziele.de oder Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung, in der bereits ähnliche Akteurskonstellationen organisiert sind, bleibt offen. Die Berücksichtigung regionaler und lokaler Besonderheiten wird in diesem Bundeshremium zudem schwer.

### **Änderungen § 23 SGB V Absatz 2**

Die Erhöhung des täglichen Zuschusses bedeutet für eine dreiwöchige Kur eine Steigerung von 273 auf 336 Euro bei Erwachsenen und von 441 auf 525 € bei chronisch kranken Kleinkindern. Für eine vierwöchige Kur sind es bei Erwachsenen 448 statt 364 € und bei den Kleinkindern 700 statt 588 €. Völlig offen ist, welche Qualitätsverbesserungen damit erreicht werden sollen und welcher zusätzlicher Nutzen für die Versicherten so sicher gestellt werden kann.

### **Änderungen § 25**

Die Altersgrenze von 35 und die Beschränkung auf alle 2 Jahre wird bei der ärztlichen

Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung aufgehoben. Bei den Voraussetzungen zur Untersuchung wird ergänzt „oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen nach § 20 Absatz 3 und 4 vermieden, beseitigt oder vermindert werden können“. Der G-BA regelt in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Präventionsempfehlung.

Die Qualitätssicherung des Gesundheits-check-ups ist dringend verbesserungsbedürftig. Diese Leistung jetzt einfach ohne Einschränkungen auf alle Altersgruppen auszudehnen, schafft nur mehr Umsatz in Arztpraxen, aber voraussichtlich keinen zusätzlichen Gesundheitsnutzen für die Versicherten. Die Früherkennung von psychischen Erkrankungen ist trotz deren steigender Prävalenz überhaupt im angewendeten Untersuchungsspektrum verankert. Über die Präventionsempfehlungen im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen soll die Individualprävention fortan quasi verordnet werden, wobei Näheres der G-BA regeln soll. Die Tatsache, dass sozial Benachteiligte seltener zum Arzt gehen und bereits Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien seltener an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen, klammert die Bundesregierung aus. Anstatt in den Lebenswelten zielgruppengerechte Angebote zu fördern, wird hier auf die Individualprävention verwiesen.

### **Änderungen § 65a**

Die Krankenkasse soll in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte Boni für die regelmäßige Inanspruchnahme der Untersuchungen nach §§ 25, 26 und für die Teilnahme an Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 4 erhalten. Die Kann-Regelung wurde zur soll-Regelung und die individuelle Verhaltensprävention wurde als Voraussetzung für Boni ergänzt. Bei der BGF wurde die Kann-Regelung für Boni für Arbeitgeber und Versicherte ebenfalls zur soll-Regelung. Auch hier sollen die Krankenkassen Voraussetzungen in ihrer Satzung vorsehen. Viele Kassen bieten ihren Versicherten derzeit schon entsprechende Bonusprogramme an, obwohl von diesen nachweislich nur die ohnehin Gesundheitsbewussten profitieren. Ob ein zusätzlicher Gesundheitsnutzen durch die Teilnahme an den Programmen erzielt wird und damit Kosten an anderer Stelle eingespart werden können, ist noch nicht untersucht worden.

### **Kontakt:**

Thomas Altgeld,  
Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.  
Fenskeweg 2  
30165 Hannover  
Tel.: 05 11/3 88 11890  
Mobil: 0170/28 16765  
e-mail: [thomas.altgeld@gesundheit-nds.de](mailto:thomas.altgeld@gesundheit-nds.de)  
[www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de)