

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(39)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.
15_Prävention
21.04.2015

verbraucherzentrale

Bundesverband

20. April 2015

Startschuss für eine nationale Präventionsstrategie

Ein gesamtgesellschaftlicher Ansatz unter Einbezug aller Akteure ist notwendig

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der
Prävention (PrävG)**

Drucksache 18/4282

**Antrag Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN: Gesundheit für alle
ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes
Gesundheitsförderungsgesetz**

Drucksache 18/4327

**Antrag Fraktion Die Linke: Gesundheitsförderung konsequent auf die
Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten**

Drucksache 18/4322

Impressum

*Verbraucherzentrale
Bundesverband e.V.*

Markgrafenstraße 66

10969 Berlin

1. Inhalte des Gesetzes

Das Gesetzgebungsverfahren greift aus dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention folgende Themen und Zielsetzungen auf:

- a) Koordination verschiedener Maßnahmen und Träger von Gesundheitsförderung/Prävention im Rahmen einer nationalen Präventionsstrategie
 - Einrichtung einer nationalen Präventionskonferenz mit beratendem Forum auf Bundesebene
 - Vereinbarungen der Sozialversicherungsträger mit den zuständigen Institutionen auf Landesebene
- b) Erhöhung des GKV-Fördervolumens von 2 Euro auf 7 Euro pro Versichertem:
 - davon verpflichtend 2 Euro für betriebliche Gesundheitsförderung
 - 2 Euro für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten (mindestens 50 Cent pro Versicherten soll die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von den Krankenkassen für kassenübergreifende Leistungen zur Prävention in Lebenswelten erhalten)
- c) Ausbau der Prävention bei Kindern und Jugendlichen
 - Anhebung der Altersgrenze auf das vollendete 18. Lebensjahr
 - Einschluss primärpräventiver Elemente in die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (Auftrag an Gemeinsamen Bundesausschuss)
 - Erweiterung krankheitsorientierter Beratung auf soziale und verhaltensbedingte Risiken
- d) Qualitätssicherung/ Bonusregelung für Versicherte
 - Festlegung und Veröffentlichung einheitlicher Verfahren der Qualitätssicherung, Zertifizierung und Evaluation von e) Rahmenbedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung
 - Einrichtung gemeinsamer regionaler Koordinierungsstellen durch die Krankenkassen
 - Förderung von Netzwerken mit örtlichen Unternehmen aus nicht verausgabten Mitteln
 - Option zur Auszahlung von Erfolgsboni an Arbeitgeber und teilnehmende Versicherte

Der Verbraucherzentrale Bundesverband befürwortet die vorgeschlagenen Neuregelungen zu einer besseren Gesundheitsförderung und Prävention. Allerdings kann eine Verortung im Rahmen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nur der Anfang einer gesamtgesellschaftlichen Präventionsstrategie sein. Diese müsste zusätzlich umfassende Anreizstrukturen und regulatorische Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Lebens umfassen. Zudem müssen messbare Ziele definiert werden, für die eine Evaluation möglich ist. Insgesamt muss das Gesetz der Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung in der Gesellschaft mehr Gewicht geben.

Verbraucher- und Patientenorganisationen sollten bei der Präventionskonferenz unmittelbar einbezogen werden, denn ohne die Beteiligung der Nutzer wird es keine adäquate Nutzerorientierung geben.

Eine Etablierung von Doppelstrukturen durch mangelnde Einbeziehung relevanter Ressorts und Institutionen ist unbedingt zu vermeiden.

2. Allgemeine Einschätzung

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt, dass die Bundesregierung eine Initiative zur gesetzlichen Regelung der Prävention ergriffen hat, auch wenn Vorgaben im Sozialgesetzbuch nicht ausreichen, um das Thema in seiner gesamtgesellschaftlichen Bedeutung angemessen zu erfassen.

Positiv hervorzuheben ist, dass soziale und verhaltensbedingte Risiken einen höheren Stellenwert bekommen, als dies bei früheren Anläufen zur gesetzlichen Regelung von Prävention der Fall war. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten haben keineswegs ausschließlich förderliche Wirkung. Hohe falsch-positive Befunde bei der Krebsfrüherkennung zum Beispiel stellen eine große psychische Belastung und ein Risiko für Über- und Fehlbehandlung für die Betroffenen dar. Die Annahme, Qualität sei hier leicht zu sichern, Geld ließe sich durch Prävention schnell einsparen, muss durch eine realistischere Einschätzung ersetzt werden.

Es ist zu begrüßen, dass im aktuellen Gesetzentwurf gegenüber dem Gesetzentwurf aus der 13. Legislaturperiode mehr Ressourcen für Gesundheitsförderung in den Lebenswelten vorgesehen werden. Mindestens 1,50 Euro soll jede Krankenkasse für jeden Versicherten ausgeben, 0,50 Euro pro Versicherten sollen kassenübergreifend verausgabt werden (Auftrag an Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA).

Der Verbraucherzentrale Bundesverband gibt aus der Beratungsperspektive zu Bedenken, dass ein geeigneter Zugang zu sozial Schwachen, Kindern und Migranten gesucht werden muss, da diese Gruppen mit reinen Aufklärungsangeboten wie sie charakteristisch für die BZgA sind, nicht erreicht werden.

Hier sollte aus bereits vorliegenden Erfahrungen dringend Nutzen gezogen werden. Die Verbesserung von Patientenaufklärung und -bildung ist aber nicht nur bei schwer erreichbaren Gruppen, sondern allgemein ein Erfordernis mit großer Priorität.

Die Gesundheitskompetenz (health literacy) gesetzlich Versicherter wurde in Deutschland 2014 erstmals repräsentativ untersucht, um die Fähigkeit zu messen, „relevante Informationen zu finden, zu verstehen und adäquat in Handeln umzusetzen.“¹ Im Vergleich zur EU-Stichprobe mit Bürgern aus acht europäischen Ländern schnitten GKV-Versicherte in Deutschland unterdurchschnittlich ab: Lediglich 33,4 Prozent verfügen über eine ausreichende, nur sieben Prozent über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz. Die USA haben bereits 2010 einen Aktionsplan zur Steigerung der Health Literacy gestartet, China 2014. Hier im Zuge des Präventionsgesetzes vermehrte Anstrengungen zu unternehmen, erachtet der Verbraucherzentrale Bundesverband nicht nur als notwendig, sondern als überfällig.

Der aktuelle Gesetzentwurf stärkt die Bedeutung von Ärzten, die Empfehlungen für bestimmte Präventionsangebote gegenüber den Krankenkassen aussprechen sollen, und verpflichtet Krankenkassen bei erfolgreicher Teilnahme ihrer Versicherten zur Ausschüttung von Bonuszahlungen. Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt die Möglichkeit ärztlicher Präventionsempfehlungen, auch wenn bezweifelt werden muss, ob Ärzte im gegenwärtigen System die Rolle der Gesundheitsberater mit finanziellen Konsequenzen für die Versicherten angemessen ausfüllen können.

Bei Gesundheitsförderung und Prävention kommt es entscheidend darauf an, die Motivation der Menschen zu stärken. Soziale Anreize, etwa durch die gezielte Ansprache und Förderung der persönlichen Auseinandersetzung mit Gesundheit sowie einem Austausch über Gesundheit mit anderen, sollten deshalb gegenüber finanziellen Anreizen in Gestalt von Bonusregelungen eindeutig präferiert werden. Zu Bonusregelungen gibt es bislang außerdem wenig bis keine wissenschaftliche Evidenz. Da erfreulicherweise ein zunehmendes Bewusstsein zu verzeichnen ist, dass ökonomische Fehlanreize eine gravierende Ursache für Qualitätsmängel z.B. auf Seiten von Leistungserbringern darstellen², muss auch auf Patientenseite bei Boni mit reinen Mitnahmeeffekten und bei Krankenkassen mit Marketingmaßnahmen anstelle von wirkungsvollen Initiativen gerechnet werden. Sehr problematisch ist es zudem, wenn Bonuszahlungen verknüpft werden mit Einsichtnahme und Überwachung persönlicher Daten. Subunternehmen von Krankenkassen

¹ Erste bundesweit repräsentative Umfrage unter GKV-Versicherten vom AOK Bundesverband und Wido: <http://aok-bv.de/gesundheit/gesundheitskompetenz/index.html>

² Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften www.akademien-schweiz.ch/en/dms/pub/communication0904d.pdf

haben sich in der Vergangenheit nicht als zuverlässige Datentreuhänder im Interesse der Patienten bzw. Versicherten erwiesen.

2.1 Strategische Neuausrichtung

Bereits dreimal sind Gesetzesinitiativen zur Prävention im parlamentarischen Verfahren nicht rechtzeitig vor dem Ende der Legislaturperiode abgeschlossen worden. Der gegenwertige Entwurf hat große Chancen, nicht an dieser Hürde zu scheitern. Allerdings fehlt auch der amtierenden Bundesregierung eine Strategie, die klare Zielvorgaben definiert und die verschiedenen Handlungsebenen in Bund, Ländern und Gemeinden koordiniert. Beim nationalen Krebsplan hat sich der vorgelagerte Strategieprozess als hilfreich erwiesen, durch die Einbindung von Wissenschaftlern und engagierten Institutionen zusätzliche Legitimation für notwendige Veränderungen zu generieren und die Pfade eingefahrener Interessenwahrnehmung zu überwinden.

Die Präventionsstrategie soll nach dem Gesetzentwurf nun von den Krankenkassen, den Trägern der gesetzlichen Unfall-, Rentenversicherung und den Pflegekassen im Rahmen einer nationalen Präventionskonferenz entwickelt werden. Sie umfasst Rahmenempfehlungen und einen Präventionsbericht, der nur alle vier Jahre verpflichtend erstellt werden muss. Die gegenwärtigen Berichte des GKV-Spitzenverbandes werden jährlich veröffentlicht und sind für alle Interessierten zugänglich.

Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung werden an der nationalen Präventionskonferenz beteiligt, wenn sie für ihre Versicherten in gleicher Höhe wie die gesetzliche Krankenversicherung Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention gemäß Rahmenempfehlungen zahlen. Der Verbraucherzentrale Bundesverband kritisiert, dass keine verpflichtende Regelung für die private Krankenversicherung vorgesehen wurde.

Der Bundesrat hatte am 22. März 2013 eine Entschließung verabschiedet, die folgende inhaltliche und strukturelle Vorgaben für ein Bundespräventions- und Gesundheitsförderungsgesetz formulierte:

- Alltagsnahe Gestaltung und Intensivierung von langfristig angelegten Prozessen der Gesundheitsförderung und primärer Prävention insbesondere in den Lebenswelten Familie, Kindertagesstätte, Schule, Betrieb, Senioreneinrichtung;
- Förderung von Gesundheitskompetenzen von Menschen und Organisationen;
- Verbesserung der Steuerung und Koordination der Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen von Bund, Ländern, Kommunen, Sozialversicherungsträgern und weiteren Einrichtungen;

- Stärkung der Evaluation und Qualitätssicherung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

In seiner damaligen Stellungnahme kritisierte der Bundesrat bereits, dass lediglich Regelungen vorgeschlagen wurden, die auf den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung reduziert waren und damit zu stark auf individuelle Verhaltensänderungen und Früherkennungsuntersuchungen fokussierten.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband kritisiert am gegenwärtigen Gesetzentwurf, dass keine Bündelung finanzieller Ressourcen aus verschiedenen Verantwortungsbereichen erfolgt und hält einen nationalen Strategieprozess für notwendig, um die beteiligten Handlungsebenen und ihre jeweiligen Aufgaben sinnvoll zu strukturieren und die notwendigen Rahmenregelungen in den verschiedenen Politikfeldern vorzubereiten.

Bei Prävention und Gesundheitsförderung kann es nicht darum gehen, mit Beitragsmitteln der Krankenversicherten eine vierte Säule im Bereich der Gesundheitsversorgung einzurichten oder auszubauen. Das Potential gesunder Lebenswelten und -führung muss vielmehr genutzt werden, um das bestehende Anreizsystem der Gesundheitsversorgung nachhaltig umzugestalten. Eine sehr große Rolle spielt dabei, dass der Teufelskreis von Arbeitslosigkeit, Armut und Krankheit sowohl auf der individuellen als auch auf der regionalen Ebene durchbrochen wird. Die Defizite des vorgelegten Gesetzentwurfes in diesem Bereich betonen die Anträge von BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN und der Fraktion Die Linke daher zu Recht.

Die jetzt vorgesehene Präventionskonferenz genügt dem Anspruch gesamtgesellschaftlicher Verantwortung definitiv nicht, zumal nicht einmal die maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung und die Verbände nach § 118 SGB XI unmittelbar einbezogen werden sollen.

Beteiligung wird nur beratend über ein Präventionsforum (§20e 2 Absatz) realisiert, das in der Regel einmal jährlich stattfinden und von der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V. organisiert werden soll. Der Verbraucherzentrale Bundesverband bedauert, dass hier kein innovativer Weg beschritten worden ist, der eine breite gesamtgesellschaftliche Diskussion anregt.

2.2 Verhaltens- und Verhältnisprävention

Die gesetzlichen Krankenkassen werden mit dem vorgelegten Gesetzentwurf unter anderem verpflichtet, die im Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ erarbeiteten Präventionsziele in Satzungsleistungen umzusetzen. Versicherte haben auch bei einer Empfehlung des Arztes keinen durchsetzbaren Anspruch auf diese Leistungen. Ein weiterer Effekt dieser Regelung ist, dass die Gewährung von entsprechenden Angeboten weiterhin im Feld des Kassens Wettbewerbs und Marketings liegt und sich damit weiterhin tendenziell auf

solche Versicherte konzentrieren wird, die zur erwünschten Klientel der Kasse gehört. Sozial Schwache und Menschen mit Migrationshintergrund werden von einer solchen Regelung nicht profitieren.

Früherkennung und verhaltenspräventive Angebote setzen für viele relevante Anliegen zu spät und nicht ursächlich an: Sie beseitigen beispielsweise keine arbeitsbedingten psychischen oder stressbedingten Belastungen. Der Schwerpunkt Verhaltensprävention genügt folglich nicht dem gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisstand, dass Verhaltens- ohne Verhältnisprävention praktisch wirkungslos für die individuelle Gesundheit bleibt und birgt die Gefahr, dass Verantwortung nicht da wahrgenommen wird, wo sie tatsächlich liegt.

Bei der Primärprävention steht neben der Verbesserung des individuellen Gesundheitszustandes zusätzlich die Überwindung gesundheitlicher Ungleichheit im Vordergrund. Dennoch trägt der Gesetzesentwurf bei der Mittelverteilung nicht der Tatsache Rechnung, dass die besonders betroffenen vulnerablen Zielgruppen nicht durch Aufklärungsangebote der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erreicht werden können. Für psychisch kranke Menschen, Suchtbetroffene, Langzeitarbeitslose, prekär Beschäftigte, chronisch kranke oder behinderte Menschen, Migranten oder Bürger mit niedrigem Bildungsstand müssen geeignete Angebote an konkrete Lebenskontexte anknüpfen.

Rein medizinisch ausgerichtete Maßnahmen greifen oft nur dann, wenn Ärzte mit anderen lokalen Akteuren zusammenarbeiten. Insbesondere bei der Behandlung psychisch kranker Menschen ist diese Vernetzung zwischen Gesundheitswesen und gemeindenahen psycho-sozialen Angeboten aber seit vielen Jahren fast überall ein nicht eingelöstes Versprechen. An dieser Situation ändert der vorgelegte Gesetzentwurf nichts.

2.3 Partizipation statt Bonifizierung

Die gesetzlichen Krankenkassen sollen im Gegensatz zu der bisherigen Kann-Regelung Bonusangebote für gesundheitsbewusstes Verhalten als Satzungsleistung anbieten. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, jedoch ist die Ausgestaltung der Bonusprogramme durch die einzelnen Krankenkassen bislang äußerst heterogen und aus Sicht der Versicherten wenig transparent. Abhängig von ihrer Umsetzung kann die im Gesetzentwurf vorgesehene Vorgabe an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine Übersicht im Internet über die verschiedenen Angebote der Krankenkassen zu erstellen, die Transparenz für Verbraucher erleichtern.

Die Auflagen der Kassen an ihre Versicherten sind allerdings häufig hoch, da in der Regel die Gewährung eines finanziellen Bonus durch die Kasse an mehrere Bedingungen geknüpft ist. Deshalb reicht die Wahrnehmung einzelner Ernährungskurse oder einer Früherkennungsmaßnahme oft nicht aus, um den vielfach stark beworbenen Bonus zu erhalten. Aus Sicht von

vulnerablen Gruppen ist es zudem äußerst problematisch, dass die anfallenden Kosten für Kurse o.ä. unter Umständen ganz oder teilweise vom Versicherten selbst getragen werden müssen und erst nach der Absolvierung ein finanzieller Bonus gewährt wird. Nicht in jedem Fall sind durch die Erstattung der Kasse an den Versicherten alle Kosten des Versicherten abgedeckt, so dass die derzeitigen Angebote keinesfalls für alle Versichertengruppen eine Option darstellen. Nachweislich sinnvolle und evidenzbasierte Maßnahmen und Leistungen sollten jedoch allen Versicherten zugutekommen. Prävention und Gesundheitsförderung dürfen in diesen Fällen nicht allein dem Kassenwettbewerb und somit dem Agieren der einzelnen Kassen überlassen bleiben. Vielfach stellen die aktuell angebotenen Bonusmodelle auch eher ein Kundenbindungsmodell dar. Teilweise verlieren Versicherte dadurch bei einem Wechsel ihrer Krankenkasse sogar den zugesagten Bonus, da diese nicht mit den Wechselfristen korrelieren.

Die nun vorgegebene vorrangige Ausrichtung des Bonus an der Zielerreichung der Maßnahme ist grundsätzlich nachvollziehbar. Bei der Festlegung der Kriterien für die Feststellung des Erfolgs einer Maßnahme durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen muss die Versichertenperspektive in den Blick genommen werden und die Auszahlung von Boni nicht an immer striktere (quantitative) Kriterien geknüpft werden. Abzulehnen ist es, Bonuszahlungen mit der Einsichtnahme und der Überwachung persönlicher (medizinischen) Daten zu verknüpfen.

Ein wichtiges Kriterium für die Qualität eines Angebotes ist vielmehr, ob potentielle Adressaten/Nutzer bei der Erarbeitung einbezogen worden sind. Dies steigert erfahrungsgemäß sowohl die Qualität des Angebotes wie auch die Akzeptanz.

2.4 Prävention Pflege

Nach Artikel 5 des Gesetzentwurfs wird das SGB XI geändert, indem in § 5 SGB XI – neu – vorgesehen wird, dass auch die Pflegekassen Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären, zugelassenen Pflegeeinrichtungen für ihre Versicherten erbringen sollen. Für die Lebenswelt der stationären Versorgung pflegebedürftiger Menschen wird im Hinblick auf die Verpflichtungen der Krankenkassen zur Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten (§§ 20, 20a SGB V) ergänzend eine eigenständige Anspruchgrundlage geschaffen. Dies wird vom Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt, wenn auch nach Auffassung des vzbv die Sollbestimmung im neuen § 5 SGB XI in eine verpflichtende Regelung überführt werden sollte.

Der Gesetzesentwurf soll die immer größer werdende Gruppe älterer und hilfebedürftiger Menschen deutlich stärker in den Blick nehmen als derzeit vorgesehen. Den Pflegekassen fehlte bislang jede Motivation, sich aktiv an Präventionsmaßnahmen im Lebensumfeld älterer Menschen zu beteiligen, wenn auch bereits jetzt nach § 5 SGB XI eine Verpflichtung der Pflegekassen

besteht, auf die Leistungsträger für präventive Maßnahmen in diesem Sinne hinzuwirken. Wirksame Präventionsmaßnahmen und gezielte Gesundheitsförderung sind in hohem Maße notwendig, damit im Alter ein Mehr an Lebenszeit auch als Gewinn an Lebensqualität erlebt werden kann. Allerdings besteht die Leistungsverpflichtung von Pflegekassen nur für Menschen, die in voll- oder teilstationären Einrichtungen versorgt werden. Das greift zu kurz. Diese Beschränkung könnte durch eine Erweiterung in § 5 Abs.1 S.1 SGB XI – neu – aufgehoben werden, indem auch auf Pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen in der eigenen Häuslichkeit Bezug genommen wird. Zur Stärkung der Position der Pflegebedürftigen sollten im Übrigen auch die Angehörigen pflegebedürftiger Menschen bei der Entwicklung von Vorschlägen der Pflegekassen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten einbezogen werden.

Im Hinblick auf eine Verbesserung der Lebensqualität im Alter müsste für jeden älteren Menschen, der (noch) keiner Pflegestufe unterliegt, ein individuelles Konzept zur Gesundheitsförderung in seinem Quartier entwickelt und umgesetzt werden. Es bestehen bereits Berechnungen zur deutlichen Entlastung der Pflegekassen, wenn der durchschnittliche Eintritt der Menschen in Pflegestufe eins um wenige Monate hinausgezögert werden könnte. Prävention steht insoweit in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Entwicklung altersgerechter Quartiere.

Es bleibt abzuwarten, ob die im Gesetzentwurf nach § 5 SGB XI (neu) beschriebene Aufgabe der Zusammenarbeit der Pflegekassen und der Erbringung kassenübergreifender Leistungen sowie der gesetzlich festgelegten Verpflichtung der Pflegekassen, sich an der nationalen Präventionsstrategie zu beteiligen, zu wesentlichen Fortschritten z.B. in den oben angeführten Feldern führen werden.

Unter Berücksichtigung der im Gesetzentwurf vorgegebenen Intentionen und Zielen stellen die weiteren Änderungen des SGB XI, insbesondere in den §§ 18 und 113a, notwendige Ergänzungen zur Umsetzung des Grundsatzes Prävention vor Pflege dar. Der vzbv erwartet an dieser Stelle, dass durch die angekündigte Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens (NBA) bei der Erhebung von Pflegebedürftigkeit auch im Hinblick auf die Feststellungen der Gutachter zu Präventionsbedarfen und den entsprechenden Beratungsbedarfen eine Umsetzung des gesetzgeberischen Willens zum Tragen kommt. Die nach dem NBA vorgesehenen umfänglichen Maßnahmen zur Erhebung von Rehabilitationsbedarfen im Begutachtungsgeschehen müssen in vergleichbarer Weise bei der Ermittlung von Präventionsbedarfen zur Anwendung gelangen. Insoweit ist darauf zu achten, dass die Erhebungsinstrumente im NBA und die Fortbildung der Gutachter hinsichtlich der Präventionsbedarfe an die hier vorliegende

gesetzliche Intention angepasst werden. Insgesamt würde dadurch der ambulante Bereich in wünschenswerter Weise weiter gestärkt werden.

Angesichts der insoweit auf die Pflegekassen zukommenden Aufgaben bestehen Zweifel, ob der Betrag von 0,30 Euro je Versicherten inklusive der jeweiligen jährlichen Anpassungen, den die Pflegekasse dafür bereitstellen muss, ausreichend sein wird, um die gesetzlichen Ziele zu erreichen. Trotz der erheblichen weiteren Aufgaben und zusätzlichen Ausgaben, die in dieser Legislatur auf die Pflegeversicherung zukommen werden, könnte an dieser Stelle dem Vorschlag des Bundesrats zur Anhebung dieser Pauschale auf einen Betrag von 0,70 Euro gefolgt werden.

Es bleibt aber auch hier abzuwarten, ob den nach § 18 SGB XI (neu) festgestellten Beratungsbedarfen für präventive Leistungen durch die Pflegeberatung nach §§ 7, 7a SGB XI angemessen und hinreichend begegnet wird.

2.5 Prävention Ernährung

Der Gesetzentwurf definiert in Artikel 1, Absatz 3 sieben Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Hierbei wird eine ausgewogene Ernährung bislang lediglich als Notwendigkeit zum Erreichen des Ziels „gesund aufwachsen“ genannt. Eine ausgewogene Ernährung ist jedoch Voraussetzung für einen gesundheitsfördernden Lebensstil und muss somit zentraler Bestandteil einer ganzheitlichen Präventionsstrategie sein.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband fordert deshalb, dass „gesunde und ausgewogene Ernährung“ als eigenständiges achttes Gesundheitsziel definiert wird und im Rahmen des Gesetzes eine angemessene Verankerung erhält. Bedauerlicherweise sind alle Änderungsvorschläge des Bundesrates zum Thema Gesunde Ernährung von der Bundesregierung abschlägig beschieden worden.

Die Forderungen der WHO, einer unausgewogenen Ernährung und den daraus resultierenden Krankheitsbildern mit angemessenen regulatorischen Maßnahmen und Anreizgestaltung zu begegnen, werden vom Verbraucherzentrale Bundesverband ausdrücklich unterstützt.³ In einer gesundheitsfördernden Gesellschaft muss die „gesunde Option“ zur „einfachen Option“ im Alltag jedes Einzelnen werden.

³ Margaret Chan, Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstrich in ihrer Rede bei der 8. „Global Conference on Health Promotion“ in Helsinki, Finnland am 10. Juni 2013 http://www.who.int/dg/speeches/2013/health_promotion_20130610/en/ nachdrücklich die Verantwortung der Politik: „It is not just Big Tobacco anymore. Public health must also contend with Big food, Big soda, and Big alcohol. All of these industries fear regulation, and protect themselves by using the same tactics (...) Let me remind you. Not one single country has managed to turn around its obesity epidemic in all age groups. This is not a failure of individual will-power. This is a failure of political will to take on big business.“

Im Rahmen des Antrags von CDU/CSU und SPD vom 13.01.2015 wurden von den Regierungsfractionen begrüßenswerte Vorschläge gemacht⁴. Diese gilt es nun im Rahmen einer umfassenden Präventionsstrategie im Bereich Ernährung umzusetzen. Vor allem Industrie und Handel als Hersteller und Inverkehrbringer von teils stark verarbeiteten Lebensmitteln mit gesundheitlich bedenklichen Nährstoffgehalten müssen einen klar definierten Beitrag zur Problembewältigung leisten. Eine Verpflichtung seitens der Industrie zu Rezepturänderungen für einen geringeren Gehalt an kritischen Nährstoffen wie Zucker, Fett und Salz ist notwendig.

Immer mehr verarbeitete Lebensmittel enthalten versteckte Zucker- und Fettanteile. Zuletzt zeigte 2013 ein Marktcheck der Verbraucherzentralen, wie oft Zucker in stark verarbeiteten Lebensmitteln enthalten ist, in denen er von Verbrauchern nicht vermutet wird⁵. Bislang ist die für Verbraucher leicht verständliche Nährwertkennzeichnung in Ampelfarben jedoch am Widerstand der Lebensmittelhersteller und des Handels gescheitert. De facto lässt sich gesund von ungesund im Lebensmittelhandel nur mit großem persönlichen Aufwand der Kunden unterscheiden. Das Präventionsgesetz unternimmt keine ausreichenden Schritte, um Verbrauchern die Auswahl ausgewogener Lebensmittel zu erleichtern.

Darüber hinaus fordert der Verbraucherzentrale Bundesverband verbindliche Qualitätsstandards für die Kita- und Schulverpflegung in allen Bundesländern.

2.6 Verbindliche Ziele, Koordination und Kooperation

Betriebliche Gesundheitsförderung ist in Deutschland inzwischen ein gut etabliertes Praxisfeld, weil die Notwendigkeit für ein konstruktives Zusammenwirken von Krankenkassen, Unfallversicherern, innerbetrieblichem Arbeitsschutz, Arbeitgebern und -nehmern erkannt worden ist.

Im Jahr 2012 zahlten die Krankenkassen für Prävention durchschnittlich rund 3,41 Euro pro Versichertem, 238 Millionen Euro insgesamt. 2011 waren es 3,80 und 50 Cent weniger als im Jahr zuvor. Gleichzeitig wurde die betriebliche Gesundheitsförderung verstärkt. 2011 wurden 6800 Betriebe erreicht, fünf Prozent mehr als im Vorjahr, 2012 8155.⁶ Die vorgesehene

⁴ Antrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, „Gesunde Ernährung stärken – Lebensmittel wertschätzen“, Bundesdrucksache 18/3726;
<http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/037/1803726.pdf>

⁵ Versteckte Süßmacher – Bundesweite Markterhebung der Verbraucherzentralen:
http://www.vzh.de/ernaehrung/312766/Versteckte_S%c3%bc%c3%9fmacher_Langfassung_g.pdf

⁶ GKV-Spitzenverband: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2013_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf und www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2012_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf

Neuregelung führt 2016 zu einer Verdoppelung der gegenwärtigen Ausgaben und verhindert damit, dass betriebliche Gesundheitsförderung auf Kosten von individueller Förderung ausgebaut wird.

Krankenkassen, wie die AOK, die sich in der betrieblichen Gesundheitsförderung stark engagieren, haben gute Erfahrungen mit individueller Beratung der Unternehmen und auf die jeweiligen Bedarfe zugeschnittenen Angeboten gemacht. Abhängig bleibt der Erfolg solcher Angebote aber immer davon, dass Betriebe ihrerseits die Bereitschaft aufbringen, in bessere Arbeitsbedingungen zu investieren und den Verlust an effektiv genutzter Arbeitszeit als notwendige Bedingung für weniger krankheitsbedingten Ausfall sowie bessere Kreativität und Motivation ihrer Mitarbeiter wahrzunehmen.

Auf dem Hintergrund der hier bereits sehr guten praktischen Resultate wäre es bedauerlich, wenn Krankenkassen in der Rolle der reinen Zahler verharren. Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt daher, dass nicht verausgabte Mittel von einzelnen Kassen für koordinierende Arbeit in Netzwerken und Koordinierungsstellen eingesetzt werden können.

Eine verbindliche Festlegung auf bereits erarbeitete Ziele wie das Projekt gesundheitsziele.de ist sinnvoll, soweit hier bereits Konsensprozesse relevanter Akteure mit wissenschaftlicher Fundierung vorliegen. Allerdings müssen andere Projekte ebenfalls einbezogen werden, um Doppelstrukturen zu vermeiden und bereits gewonnene Erkenntnisse effizient zu nutzen. Zu nennen sind hier insbesondere der Nationale Aktionsplan IN FORM, die Deutsche Arbeitsschutzstrategie und der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Ein gutes Beispiel sind zudem die Vernetzungsstellen Schulverpflegung der Bundesländer, die im Rahmen einer Präventionsstrategie zu Kompetenzzentren für Prävention und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Schule ausgebaut werden könnten.

Von essentieller Bedeutung ist es zudem, nicht allein auf Projektförderung und Modellvorhaben zu setzen, sondern eine Verstetigung erfolgreicher Projekte bereits bei der Konzeptionierung einer umfassenden Präventionsstrategie mitzudenken und Ressourcen hierfür zu sichern.

Die Vorteile der Einrichtung einer unverbindlichen ständigen Präventionskonferenz erschließen sich vor dem Hintergrund der sehr beschränkten Ausrichtung auf Präventionsleistungen durch Krankenkassen nicht. Die Einrichtung eines solchen Gremiums macht nur dann Sinn, wenn verschiedene Handlungsstränge im Rahmen einer gesamtgesellschaftlichen Strategie zusammengefasst werden sollen und tatsächlich beobachtbare Synergien zu erwarten sind. Ohne einen solchen umfassenden Ansatz besteht die Gefahr von Parallelstrukturen und konkurrierender Expertise ohne Vernetzung.

2.7 Evaluation, Qualitätssicherung, Versorgungsforschung

Zentraler Punkt des Gesetzesentwurfs ist die Steigerung der in Prävention fließenden Mittel, die im Wesentlichen anderen Verwendungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung entzogen werden. Diese Umwidmung erfordert einen besonders sorgsam Umgang mit den Ressourcen. Im vorgelegten Gesetzesentwurf wird dem Gesichtspunkt einer angemessenen Nutzen-Schaden-Abwägung, der Ergebnisüberprüfung und der Gewinnung von Evidenz für deutschlandweite Umsetzungen durch unabhängige wissenschaftliche Institutionen nicht genügend Aufmerksamkeit zuteil.

Da Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen bei gesunden Menschen zum Einsatz kommen, reichen Zertifizierungen und Qualitätssicherung nicht aus, um mögliche Schäden oder Vergeudung von Ressourcen auszuschließen. Hier könnte sich wiederum die Tendenz zur Nutzung für Marketingmaßnahmen der Krankenkassen als hinderlich erweisen. Deshalb sollte vorgesehen werden, dass zentrale Kriterien für die Evaluation entwickelt und angewendet werden sollen, um die gesundheitsbezogenen Ergebnisse der Maßnahmen, für die knappe Mittel eingesetzt werden, verpflichtend und vergleichbar zu erheben. Wenn dann noch zumindest eine Veröffentlichungspflicht bezüglich dieser Evaluationsergebnisse besteht, ist zumindest die Chance gegeben, dass rein marketingorientierte, aber ansonsten wirkungslose Programme erkannt und ausgeschlossen, umgekehrt besonders wirksame Ansätze als best practice identifiziert und breiter angewendet werden. Gesamtgesellschaftlich ist nur so eine notwendige optimale Ressourcenverwendung möglich.

Insbesondere bei Screeningmaßnahmen gilt, dass wenige Menschen einen Nutzen, die meisten keinen Vorteil und einige sogar einen Schaden in Gestalt falsch-positiver Ergebnisse oder sog. Nocebo-Effekte davontragen. Ein wesentlicher Standard ist hier die Bereitstellung evidenzbasierter Informationen für die Versicherten, damit diese im Hinblick auf die in Frage kommenden Maßnahmen eine selbstbestimmte Entscheidung treffen können. Erfahrungsgemäß lehnen viele Menschen solche Untersuchungen ab, wenn sie ein objektives Bild, absolute, nicht prozentuale Zahlenangaben für die Abwägung von Nutzen und Schaden erhalten. Da der Gesetzesentwurf dezidiert auf die Zielsetzung der Verhaltensprävention, die Verbesserung von Wissen und Befähigung des Einzelnen im Hinblick auf seine Gesundheit abzielt, kann die Aufklärungserfordernis für konkrete Angebote nicht auf Qualitätszertifikate reduziert werden bzw. sich eine selbstbestimmte Auswahl nicht sinnvoll daran orientieren.

Verschiedene Vorsorge-, Früherkennungs- oder Präventionsmaßnahmen, die in Deutschland heute zur Anwendung kommen, genügen nicht den Kriterien der WHO oder anderen international anerkannten medizinischen Standards. Im Referentenentwurf werden keine eigenen Kriterien aufgestellt, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen aber verpflichtet (§ 20 Abs. 2),

unabhängigen insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen Sachverstand bei der Festlegung von Kriterien und Handlungsfeldern einzubeziehen. Ergänzend wäre eine explizite Einbeziehung der Nutzerperspektive durch Mitwirkungsprozesse ausgesprochen sinnvoll.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband fordert zusammenfassend, den Themen gesunde Ernährung, wissenschaftliche Evaluation von Präventionsmaßnahmen, unabhängige Nutzen-Schaden-Abwägung und angemessene Einbeziehung der Versicherten- bzw. Patienteninteressen im Präventionsgesetz deutlich mehr Aufmerksamkeit zu schenken.