

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(10)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.
15_Prävention
17.04.2015

Diakonie 
Deutschland

Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e.V.

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Gesundheitsförderung und der Prävention
(Präventionsgesetz – PräVG)
(Bt-Drs. 18/4282)**

Vorstand Sozialpolitik

Maria Loheide
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
Telefon: +49 30 65211-1632
Telefax: +49 30 65211-3632
maria.loheide@diakonie.de

Berlin, 24.03.2015

Stellungnahme der Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Bt-Drs. 18/4282)

Die Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband nimmt als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege zu dem vorliegenden Gesetzentwurf wie folgt Stellung:

1. Allgemeines

Die Diakonie Deutschland begrüßt das Anliegen des Gesetzentwurfs, Primärprävention und Gesundheitsförderung neu zu regeln. Die Diakonie Deutschland hat in den letzten Jahren die Diskussion um ein Präventionsgesetz intensiv begleitet und ihre Erwartungen an ein Präventionsgesetz ausführlich formuliert. Die Diakonie Deutschland hat ihr Verständnis von Prävention umfassend dargelegt, auf strukturelle Probleme der Präventionslandschaft aufmerksam gemacht und Lösungsvorschläge entwickelt.

Nach Auffassung der Diakonie Deutschland sollte das Präventionsgesetz die nichtmedizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung regeln. Schwerpunkt sollte die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebensbedingungen sein. Verhaltenspräventive Maßnahmen sind in der Regel nur eingebettet in den „Settingansatz“ wirksam. Primärprävention und Gesundheitsförderung sollen dazu dienen, gesundheitliche Ungleichheit abzubauen.

In struktureller Hinsicht ist es wichtig, dass die „Präventionsträger“ gut zusammenarbeiten und stabile Kooperationsstrukturen geschaffen werden. Wir wissen, dass dies im föderalen Staat mit gegliedertem Sozialversicherungssystem eine große Herausforderung ist.

Präventions- und Gesundheitsförderung können nur gelingen, wenn die Menschen, um die es geht, einbezogen werden. Dies gilt über die praktische Präventionsarbeit hinaus auch für die Beteiligung an den Festlegungen zu den präventiven Handlungsfeldern, den Strategien und zu Fragen der Qualitätssicherung. Deshalb ist es von großer Bedeutung, dass die Zivilgesellschaft sich an diesen Prozessen beteiligen kann.

Dies verlangt den öffentlichen „Präventionsträgern“ einen Perspektivenwechsel ab, weg von der Maßnahme hin zu einem partizipativen Prozess.

Die Diakonie weist auf die Gefahr hin, dass ein Präventionsgesetz und seine Umsetzung mit zu starren und bürokratischen Vorgaben verbunden sind. Uns ist es wichtig, dass die Akteure im

Bund und vor allem in den Ländern und Kommunen Raum haben zu entscheiden, wie sie präventiven Erfordernissen vor Ort zu begegnen.

Der Gesetzentwurf wird von der Diakonie Deutschland differenziert beurteilt: Er enthält zahlreiche positiv zu bewertende Elemente, aber auch Bestimmungen, die aus unserer Sicht in die falsche Richtung gehen und dringend korrigiert werden müssen.

Insbesondere folgende Regelungen im Gesetzentwurf begrüßt die Diakonie Deutschland:

- Primärpräventive Leistungen der GKV erhalten ein stärkeres Gewicht.
- Die Verpflichtung der Kassen, einen bestimmten Betrag explizit für lebensweltbezogene Präventionsmaßnahmen bereitzustellen, ist sinnvoll. Auch begrüßen wir die Klarstellung, dass es sich bei diesem Betrag um einen unteren Grenzwert handelt.
- Die Zielsetzung, betriebliche Gesundheitsförderung gezielt zu stärken und mithin dem Betrieb als wichtiger Lebenswelt gerecht zu werden, sehen wir positiv. Auch das Kooperationsgebot der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung ist zu begrüßen.
- Die Fokussierung auf gemeinsame Ziele erlaubt eine bessere Abstimmung der Akteure.
- Der Weg über Vereinbarungen auf Bundes- und Landesebene Kooperationen zu begründen, wird ausdrücklich begrüßt.

Als problematisch bewertet die Diakonie Deutschland vor allem:

- einen auf individuelle Ressourcen bezogenen Begriff von Gesundheitsförderung, der wegführt von dem Anliegen, Lebensbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten
- die zu starke Betonung der medizinischen Verhaltensprävention
- die Beauftragung der BZgA mit auf die Lebenswelt bezogenen Präventionsaufgaben
- die Einbeziehung der Pflegeversicherung bei Übertragung von Aufgaben der Krankenversicherung
- nicht ausreichende Kooperationsregelungen in der betrieblichen Prävention
- nicht ausreichende einbeziehende Einbeziehung der Zivilgesellschaft in die Kooperationsregelungen in den Ländern und im Bund
- die mangelnde Verantwortung des Bundes zusammen mit den Ländern für die Etablierung und Finanzierung der für die nichtmedizinische Primärprävention notwendigen Infrastruktur.

Die Diakonie Deutschland möchte an dieser Stelle auf drei Anliegen besonders aufmerksam machen:

- Verhältnisprävention stärken: Die Legaldefinitionen von Primärprävention und Gesundheitsförderung müssen auch die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen ermöglichen. In diesem Zusammenhang ist auch der Bedeutung psychischer Gesundheit für die allgemeine Gesundheit Rechnung zu tragen sowie der Zunahme diagnostizierter psychischer Erkrankungen, für die eine enge Korrelation mit Armut belegt ist.
- Suchtprävention integrieren: Die Alkoholprävention muss als Anliegen explizit im Gesetz aufgeführt werden. Hierzu liegen ausgearbeitete Präventionskonzepte vor.

- Prävention und Gesundheitsförderung gemeinsam und nachhaltig verantworten: Die Diakonie schlägt vor, dass in die Rahmenverträge auf Landesebene zivilgesellschaftliche Akteure, darunter die Freie Wohlfahrtspflege, einbezogen werden. Um der stets beklagten „Projektitis“ zu begegnen, schlagen wir vor – in Anlehnung an die Finanzierung der Selbsthilfe (Gemeinschaftsförderung) nach § 20c Abs. 3 SGB V – mindestens 50 % der Mittel für nicht-betriebliche Settings in vereinbarte Landesprogramme zu verausgaben. So richtig es ist, dass der Gesetzgeber von früher favorisierten Fondslösungen abgekommen ist, so sinnvoll ist es, dass sich alle Akteure auf Landesebene auf gemeinsame Vorhaben und deren Finanzierung verständigen.

2. Im Einzelnen:

Zu einzelnen Themen des Gesetzentwurfs nimmt die Diakonie Deutschland wie folgt Stellung:

A. Artikel 1 - Änderung des Sozialgesetzbuchs V

- **§ 1 SGB V Satz 1, Solidarität und Eigenverantwortung**

Gesetzentwurf:

Die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten wird ergänzt.

Bewertung:

Die Diakonie plädiert dafür, auf die vorgeschlagene Regelung zu verzichten.

Die Betonung der gesundheitlichen Eigenverantwortung verschiebt die Aufgabe eines Präventionsgesetzes von der lebenslagenbezogenen Prävention hin zur individuellen Verantwortung für die Gesundheit. Der einzelne Mensch ist jedoch nur sehr bedingt in der Lage, gesundheitliche Risiken, die sich aus der Lebenslage ergeben, zu kompensieren. In der Individualisierung und Moralisierung des gesundheitsbezogenen Lebensstils sieht die Diakonie deshalb ein Problem. Deshalb sollte ein Präventionsgesetz sich auf die Gestaltung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen konzentrieren. Der einzelne Mensch sollte befähigt werden, aber die Entscheidung, wie ein Mensch leben will, sollte ihm überlassen bleiben. Unserer Auffassung nach sind es häufig zu geringe Handlungsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten, die Menschen darin behindern, die Fürsorge für ihre Gesundheit wahrzunehmen. Mitunter stellen ungesunde Verhaltensweisen auch einen Versuch dar, Belastungen wie Stress, Zeitmangel, finanzielle Nöte kurzfristig zu bewältigen. Die Diakonie hält die bisherige Formulierung zum Grundsatz der Eigenverantwortung § 1 SGB V für ausreichend.

Forderung:

Streichung der vorgesehenen Ergänzung.

- **§ 2b SGB V, Geschlechtsspezifische Besonderheiten (neu)**

Gesetzentwurf:

Es wird neu eingeführt, dass bei Leistungen der Krankenkassen geschlechtsspezifischer Besonderheiten Rechnung zu tragen ist.

Bewertung:

Die vorgeschlagene Bestimmung wird als Beitrag zum Gender Mainstreaming im Bereich des SGB V begrüßt. Um über den postulatorischen Charakter hinauszukommen, spricht sich die Diakonie dafür aus, Probleme der geschlechtsspezifischen Gesundheitssicherung in einer sektorübergreifenden Strategie systematisch unter Einbeziehung aller wichtigen Akteure zu bearbeiten. Das Thema ist zudem in der Public Health-Forschung zu stärken.

- **§ 20 SGB V, Primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

Gesetzentwurf:

Der neue Paragraph regelt die primäre Prävention und Gesundheitsförderung. Zukünftig sollen Krankenkassen in ihren Satzungen Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken und zur Gesundheitsförderung, hier gefasst als selbstbestimmtes gesundheitliches Handeln der Versicherten, vorsehen. Insbesondere soll auf die Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen abgezielt werden.

Durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sollen einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für diese Leistungen festgelegt werden. Dabei soll unabhängiger Sachverstand (gesundheitswissenschaftlich, ärztlich etc.) einbezogen werden. Es soll ein Zertifizierungsverfahren für Leistungen entwickelt werden. Die Festlegungen werden online veröffentlicht.

Dabei sollen sieben Gesundheitsziele (zu Diabetes mellitus II, Brustkrebs, Tabakkonsum, gesund aufwachsen, Gesundheitliche Kompetenz, Depressionen, gesundes Altern) berücksichtigt werden.

Beabsichtigt sind Leistungen der individuellen Verhaltensprävention, zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und zur Gesundheitsförderung in Betrieben.

Leistungsangebote sind zu zertifizieren. Die Kassen sollen zur Wahrnehmung ihrer Ausgaben mit einer Übergangszeit ab dem Jahr 2016 einen Betrag von 7 € pro Versichertem ausgeben, davon mindestens 2 € für lebensweltbezogene Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung.

Bewertung:

Die Bestimmung von primärer Prävention und Gesundheitsförderung als in der Satzung der Krankenkassen aufzunehmende Leistungen wird ausdrücklich begrüßt.

Problematisch ist jedoch die begriffliche Fassung der verwendeten Begriffe: Gesundheitsförderung ist keinesfalls auf die „Förderung des selbstbestimmten gesundheitlichen Handelns der Versicherten“ zu reduzieren. Gesundheitsförderung muss immer auch auf die Gestaltung der Lebensverhältnisse zielen. Ein Bezug darauf, damit auf Verhältnisprävention, findet sich nicht, auch der Begriff der primären Prävention wird nicht auf Lebenslagen bezogen. Aufgrund dieser begrifflich-konzeptionellen Entscheidung droht das Präventionsgesetz stark verhaltensorientiert ausgerichtet zu werden.

Die Festlegung von einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien durch den GKV-Spitzenverband wird begrüßt, sie sollte im Einvernehmen mit den Akteuren der Nationalen Präventionsstrategie (nach § 20e) erfolgen.

Die Zertifizierung von Leistungsangeboten ist aus Sicht der Diakonie nur für verhaltenspräventive Leistungen sinnvoll. Lebensweltbezogene und betriebliche Präventionsmaßnahmen sind nur durch Partizipation mit den betroffenen Menschen möglich, sie sind nur begrenzt planbar und standardisierbar. Stattdessen ginge es um die Umsetzung von Qualitätskriterien wie Partizipation, die Ausrichtung auf das Ziel der Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit, etc., wie sie u.a. durch Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ formuliert wurden. Eine Zertifizierung lebensweltbezogener und betrieblicher Präventionsmaßnahmen lehnt die Diakonie deshalb ab. Qualitätsstandards sollte die Nationale Präventionskonferenz zusammen mit der BzGA formulieren. Diese Standards sollten in die Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f aufgenommen werden..

Die Formulierung von krankheitsbezogenen Gesundheitszielen ist in manchen Hinsichten problematisch (Diabetes, Brustkrebs, Depression). Viele Maßnahmen der nichtmedizinischen Primärprävention und Gesundheitsförderung sind unspezifisch, aber dennoch erfolgreich. Ihre direkte Verbindung zu bestimmten Krankheiten ist deshalb nicht sinnvoll. Sofern Früherkennungsmaßnahmen verbessert werden sollen, sind sie von Maßnahmen der sozialen Prävention deutlich abzugrenzen und getrennt zu diskutieren (Diabetes mellitus Typ 2). Bei der Bewältigung von Krankheiten kommt nichtmedizinischer Prävention hingegen eine große Rolle zu („Lebensqualität erhöhen“ im Kontext von Brustkrebs). Bezüglich der Mortalität von Brustkrebs ist ein Präventionsgesetz überfordert. Die Reduzierung von Tabakkonsum muss in eine übergreifende Strategie der Suchtprävention eingebaut werden. Die Alkoholprävention ist dringend in die Liste der Präventionsziele in Abs. 3 aufzunehmen. Auch die Prävention von depressiven Erkrankungen muss in eine Strategie einpasst sein, die spezifische und unspezifische Maßnahmen verbindet. Über das Ziel der Prävention depressiver Erkrankungen hinaus sollte die Förderung der psychischen Gesundheit als präventives Anliegen formuliert werden.

Wie schon in Abs. 1 wird auch in Abs. 4 der Unterschied zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention begrifflich nivelliert. Neben Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention werden Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Settings (Lebenswelten und Betriebe) erbracht. Primärprävention und Gesundheitsförderung sollten aber nicht nur in Settings stattfinden, sondern die Settings sind selbst gesundheitsförderlich zu gestalten. Die in Abs. 4 ausgedrückte Engführung ist abzulehnen. Die Diakonie gibt zu bedenken, dass die Komm-Struktur verhaltensorientierter Angebote gerade sozial benachteiligte Gruppen kaum erreicht.

Ausdrücklich begrüßt wird hingegen, dass für die Maßnahmen in Lebenswelten und Betrieben jeweils ein eigener finanzieller Betrag zur Verfügung gestellt wird.

Die Diakonie hält es für sinnvoll, Präventionsmaßnahmen in viel stärkerem Maße als dies bislang geschieht, auf die Lebenssituation besonders vulnerabler Gruppen auszurichten. So fehlt es beispielsweise bislang nachweislich an wirksamen und finanzierten Maßnahmen der Gesundheitsförderung für psychisch kranke Menschen, mehrfachbehinderte Menschen, suchtkranke Menschen, Erwerbs-, Wohnungslose und Flüchtlinge. Zu denken ist auch an Kinder von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern oder von Gewalt bedrohte Menschen. Ein in der Öffentlichkeit bislang kaum thematisiertes Thema betrifft Menschen, die einer Trauerbegleitung bedürfen. Oftmals haben sich Menschen mit diesen oder anderen Problemen selbst organisiert, z. B. in Selbsthilfegruppen. In präventiver Hinsicht ist es geboten, mit der Selbsthilfe zusammenzuarbeiten und diese ausreichend zu finanzieren.

Exemplarisch sollen Probleme der gesundheitlichen Versorgung von Prostituierten oder von Menschenhandel Betroffenen genannt werden: Wie auch Menschen in anderen problematischen Lebenskonstellationen brauchen sie (hier: anonyme und kostenlose) Untersuchungs- und Bera-

tungsangebote sowie aufsuchende Arbeit durch spezialisierte Beratungsstellen und das Gesundheitsamt, die betroffenen Menschen müssen in die Planung und Umsetzung von gesundheitsbezogenen Angeboten einbezogen werden und eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen sozialen, gesundheitlichen und weiteren Einrichtungen bzw. Institutionen ist notwendig, wie auch mehrsprachige Informationen über gesundheitliche und soziale Angebote.

An dieser Stelle geht es nicht um eine abschließende Auflistung, worauf es uns ankommt ist, dass die präventiven Strategien der Vielgestaltigkeit des sozialen Lebens gerecht werden. Wenige und standardisierte Präventionsprogramme, die sich an „klassischen“ Lebensstilrisiken orientieren, werden dem nicht gerecht. Zudem kann Prävention gerade mit Menschen in schwierigen Lebenslagen nur gelingen, wenn die Akteure in den einzelnen sozialen Feldern schon in die Formulierung der präventiven Anliegen einbezogen werden.

Um eine „Projektitis“ zu vermeiden, sollten sich die Akteure auf Landesebene auf Gemeinschaftsprogramme verständigen. In diese sollten mindestens 50 % der Mittel fließen, die die Kassen für die gesundheitsförderliche Gestaltung nicht-betrieblicher Settings ausgeben.

Nicht verausgabte Mittel für Leistungen für die gesundheitliche Gestaltung von Lebenswelten sollten im Folgejahr zur Verfügung stehen.

Forderungen:

Die Legaldefinition von Gesundheitsförderung in § 20 Abs. 1 Satz 1 sollte lauten:

„...sowie zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (Gesundheitsförderung), die dem Versicherten ein Höchstmaß an Selbstbestimmung über seine Gesundheit ermöglichen, vor“.

In § 20 Abs. 2 wird ein neuer Satz 2 eingefügt:

„Sie erfolgt im Einvernehmen mit der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e“

In § 20 Abs. 2 wird der Satz 2 zum Thema Zertifizierung wie folgt modifiziert:

Das Wort „insbesondere“ und die Worte „und 3“ werden gestrichen.

Aussagen zu Qualitätsanforderungen für Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 formuliert die nationale Präventionskonferenz (vgl. § 20d Abs. 3 Satz1).

In § 20 Abs. 3 wird in der Auflistung eine Nummer 2 mit folgendem Text eingefügt:

„2. Alkoholkonsum reduzieren, Kompetenzen um Umgang erhöhen“. Die Aufzählung verschiebt sich entsprechend.

In Absatz 4 wird Nummer 2. so gefasst:

„Leistungen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a“.

In Abs. 6 wird ein neuer Satz 3 eingefügt:

„Für die nach § 20 Abs. 4 Nummer 2 erbrachten Leistungen werden mindestens 50 % der dafür bestimmten Mittel in Landesprogrammen verausgabt, auf die sich die Vertragspartner nach § 20f verständigt haben“.

Die Diakonie schließt sich dem Formulierungsvorschlag des Bundesrats (DS 640/14) an, nach dem die verausgabten Mittel für Leistungen nach § 20a im Folgejahr zur Verfügung stehen.

- **§ 20a SGB V, Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten**

Gesetzentwurf:

Als Lebenswelten werden für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports definiert. In diesen Bereichen sollen die Krankenkassen zukünftig den Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen fördern. Dazu gehören Erhebungen zur gesundheitlichen Situation und die Entwicklung von Vorschlägen zu deren Verbesserung, die Stärkung von Ressourcen und Fähigkeiten und die Unterstützung der Umsetzung dieser Vorschläge.

Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Wiedereingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, arbeiten die Kassen mit der BA und den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitslose eng zusammen.

Bei Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen angemessene Eigenleistungen zu erbringen kann die Krankenkasse zukünftig auch Leistungen zur Prävention in Lebenswelten erbringen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung führt ab 2016 kassenübergreifende Leistungen zur lebensweltlichen Prävention v. a. für Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen durch, ggf. mit geeigneten Kooperationspartnern. Dafür erhält sie mindestens ein Viertel der Mittel, die die Krankenkassen für lebensweltbezogene Prävention aufzuwenden haben.

Bewertung:

Die Nennung von ausgewählten „Lebenswelten“ – ohne sie abschließend aufzulisten – wird begrüßt. Wir schlagen vor, den Stadtteil als „Lebenswelt“, die gesundheitsförderlich zu gestalten ist, aufzunehmen. Auf diesem Wege würde auch ein wichtiges Anliegen der „Sozialen Stadt“ aufgenommen.

Die Formulierung vom „Aufbau und Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ ist undeutlich, denn es ist nicht eindeutig, dass es sich um die Strukturen der Lebenswelt handelt.

Die Diakonie unterstützt ausdrücklich, dass die Krankenkassen bei der Erbringung von Leistungen für Menschen, deren berufliche Wiedereingliederung aus gesundheitlichen Gründen erschwert ist, mit der BA und den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitslose eng zusammenarbeiten sollen. Da es sich hier um einen Kreis von Personen handelt, dessen Teilhabe aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt (oder erschwert) ist, sind präventive Maßnahmen unzureichend. In Umsetzung des SGB IX und der erst kürzlich auf der Ebene der BAR verabschiedeten Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“, sind die Rehabilitationsträger bei Vorliegen von Anhaltspunkten zur Bedarfserkennung und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, hier: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, verpflichtet. Diese Verpflichtung sollte im Gesetzestext klargestellt werden.

Problematisch ist die Beauftragung der BZgA durch den GKV-Spitzenverband. So begrüßenswert es ist, die Prävention in Lebenswelten kassenübergreifend zu leisten, so wenig überzeugend ist die Übertragung auf die BZgA, die fernab der „Lebenswelten“ Aufgaben wahrnimmt und deshalb ihrerseits Kooperationspartner heranziehen soll.

Ebenso problematisch ist es, dass die BZgA für diese Leistungen aus dem Etat der Krankenversicherung vergütet werden soll. Im Gesetz sollte sehr deutlich zwischen Aufgaben und Finanzierung der GKV und Aufgaben des Bundes unterschieden werden. Anstelle der BZgA sollen die

Krankenkassen selbst die o. g. kassenübergreifenden Leistungen vereinbaren. Die Aufgaben der BZgA sollten konzentriert werden auf Konzeptberatung, Qualitätsentwicklung und Evaluation (nebst Geschäftsführung der nationalen Präventionskonferenz). Diese Aufgaben sollten aus dem Bundeshaushalt finanziert werden.

Die Diakonie schließt sich der kritischen Bewertung des Bundesrats bezüglich in Abs. 2 formulierten „angemessenen Eigenleistung“ der Verantwortlichen für die „Lebenswelten“ an.

Forderungen:

Abs. 1 Satz 2 schließt mit den Worten:

„...mit Leistungen zum Aufbau und zur Stärkung der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebenswelten“.

Abs. 1 wird um folgenden Satz ergänzt:

„Dabei wird auch ermittelt, ob aufgrund eines Teilhabebedarfs Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 SGB IX zu erbringen sind“.

In Abs. 3 wird in Satz 1 nach dem Wort „Schulen“ ein Komma gesetzt, das Wort „sowie“ gestrichen nach dem Wort „Menschen“ die Wörter „und Stadtteilen“ eingefügt.

In Abs. 3 werden die Aussagen zur Beauftragung der Finanzierung der BZgA gestrichen. Abs. 4 kann gestrichen werden.

Die Diakonie unterstützt das Anliegen des Bundesrats (DS 140/14), dass die BzGA mit und für die Krankenkassen Aufgaben der Konzeptentwicklung, Qualitätssicherung und Evaluation wahrnehmen sollte. Zu diesem Zwecke sollten die Träger der Nationalen Präventionsstrategie nach § 20d (im Einvernehmen mit den anderen in § 20d genannten Akteuren) eine Vereinbarung abschließen.

- **§ 20b (neu) SGB V, Betriebliche Gesundheitsförderung**

Gesetzentwurf:

Die Betriebsärzte und die Fachkräfte für Arbeitssicherheit werden zukünftig an der Erhebung der gesundheitlichen Situation in Betrieben beteiligt

Bewertung:

Die Einbeziehung der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit erscheint sinnvoll, um sicherzustellen, dass alle Kompetenzen und Stakeholder an der betrieblichen Prävention beteiligt sind.

- **§ 20c (neu) SGB V, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren**

Gesetzentwurf:

Aus dem bisherigen § 20b wird § 20c und in Abs. 1 Satz 2 wird bestimmt, dass die Krankenkassen Betriebliche Gesundheitsförderung in Abstimmung mit den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung erbringen.

Bewertung:

Die Diakonie begrüßt, dass die Erbringungen von Leistungen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgen soll.

- **§ 20d SGB V, Nationale Präventionsstrategie**

Gesetzentwurf:

Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherungsträger sowie Pflegekassen sollen eine gemeinsame Präventionsstrategie entwickeln. Dies umfasst bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung von Gesundheitsförderung und Prävention, zur Zusammenarbeit der zuständigen Akteure, zu gemeinsamen Zielen und vorrangigen Handlungsfeldern und Zielgruppen sowie zu den zu beteiligenden Akteuren und Dokumentationspflichten. Dies soll im Benehmen mit BMAS, BMFSFJ und BMG geschehen. An der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen werden die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der Grundsicherung für Arbeitslose sowie die öffentlichen Jugendhilfe beteiligt.

Alle vier Jahre soll ein Präventionsbericht (zu den Ausgaben, den Zugangswegen, den erreichten Personen, den erreichten Zielen, der Qualitätssicherung und der Zusammenarbeit etc.) verfasst werden, der dem BMG zugeleitet wird.

Bewertung:

Der im Entwurf formulierte Weg, dass sich auf Bundesebene Akteure durch Rahmenempfehlungen abstimmen, ist grundsätzlich eine elegante Lösung im föderalen und gegliederten System. Jedoch ist die Einbeziehung der Zivilgesellschaft unzureichend und mit dem Anspruch Prävention „gesamtgesellschaftlich“ zu verantworten, nicht zu vereinbaren. Im Kreis der Bundesministerien fehlt das Bauministerium, das mit dem Programm der „Sozialen Stadt“ einen wichtigen Beitrag zur gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung leistet.

Forderung:

An der Vorbereitung und Entwicklung der Rahmenempfehlungen sind die Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zu beteiligen:

In § 20 d Abs. 3 werden im letzten Satz nach dem Wort „Vorbereitung“ die Wörter „und Entwicklung“ eingefügt. Nach dem Wort „Jugendhilfe“ werden eingefügt:

„, die BAG der Freien Wohlfahrtspflege und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen“.

Die Rahmenempfehlungen dürfen nicht nur im Benehmen, sondern im Einvernehmen mit den anderen genannten Akteuren in Satz 3 Abs. 3 vereinbart werden:

In Abs. 3 Satz 3 wird das Wort „Benehmen“ durch „Einvernehmen“ ersetzt.

In den Kreis der Bundesministerien ist das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit einzubeziehen.

Das Nationale Präventionsforum ist stärker zu beteiligen. § 20d Abs. 3 wird deshalb ergänzt um den Satz:

„An der Vorbereitung und Entwicklung der Rahmenempfehlungen wird das Nationale Präventionsforum nach § 20e Abs. 2 beteiligt“.

Die Diakonie schlägt vor, dass die Träger der Nationalen Präventionsstrategie (im Einvernehmen mit den anderen in § 20d genannten Akteuren) mit der BzGA eine Vereinbarung zu Fragen der Konzeptentwicklung, Qualitätssicherung und Evaluation abschließen.

- **§ 20e SGB V, Nationales Präventionskonferenz**

Gesetzentwurf:

Als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger soll eine Nationale Präventionskonferenz eingerichtet werden, die die nationale Präventionsstrategie entwickelt, umsetzt und fortschreibt. Eventuell erhalten auch die Privaten Krankenversicherer einen Sitz. Außerdem sind Bund und Länder, die kommunalen Spitzenverbände, die Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und -nehmer beteiligt. Die Geschäftsführung liegt bei der BZgA. Jährlich findet ein beratendes Präventionsforum statt, mit Vertretern der relevanten Präventionsakteure.

Bewertung:

Die Schaffung einer nationalen Präventionskonferenz ist zu begrüßen. Problematisch ist jedoch, dass die Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie bei nur sehr wenigen Playern liegen soll. Die Entwicklung einer Präventionsstrategie kann nur gelingen, wenn Akteuren auf unterschiedlicher Ebenen beteiligt sind.

Forderungen:

Bund und Länder müssen an der nationalen Präventionskonferenz mit dem Ziel der Herstellung von Einvernehmen mitwirken:

An § 20e Abs. 1 Satz 6 wird folgender Satz angefügt:

Mit den zuständigen Stellen der Länder und den in § 20d Abs. 3 genannten Bundesministerien ist Einvernehmen herzustellen.

Um eine Beteiligung der Zivilgesellschaft zu gewährleisten, sind die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen mit beratender Stimme an den Sitzungen zu beteiligen.

§ 20e Abs. 1 Satz 7 wird nach dem „Arbeitnehmer“ eingefügt:

„sowie die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen“.

Das Forum ist als arbeitsfähige Kooperationsplattform auszugestalten.

- **§ 20f SGB V, Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie**

Gesetzentwurf:

Krankenkassen, Pflegekassen, die Renten- und Unfallversicherungsträger schließen zukünftig auf Landesebene gemeinsame Rahmenvereinbarungen mit den zuständigen Stellen der Länder zu gemeinsamen Zielen und Handlungsfeldern, zur Koordinierung der Leistungen, zur Klärung von Abgrenzungsfragen, zu Möglichkeiten der gegenseitigen Beauftragung nach SGB X, der Zusammenarbeit zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst und Jugendhilfe und der Mitwirkung weiterer Präventionsakteure. An der Vorbereitung werden die Bundesagentur für Arbeit und die Kommunalen Spitzenverbände beteiligt.

Bewertung:

Der Weg, die Zusammenarbeit über Landesrahmenvereinbarungen zu regeln, wird von der Diakonie Deutschland begrüßt. Die Aufgabenstellung, der Kreis der Verhandlungs- und Kooperationspartner und die infrastrukturellen Rahmenbedingungen sind jedoch anders zu arrangieren. Auch ist zu klären, wie Kooperationsstrukturen der die präventive Arbeit leistenden Akteure in

den Ländern geschaffen und gleichzeitig Doppelstrukturen, etwa zu den Netzwerken der Frühen Hilfen, vermieden werden.

Forderungen:

Um zu abgestimmten Strategien zu gelangen, sollten sich die Vereinbarungspartner auf gemeinsame Landesprogramme verpflichten, die gemeinsam (über einen Fonds) finanziert werden. In sie fließen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von nichtbetrieblichen Lebenswelten mindestens 50 % der Mittel nach § 20 Abs. 4 Punkt 2.

Den Ländern sollte es obliegen, auf Landesebene eine arbeitsfähige Kooperations-, Beratungs- und Infrastruktur, z.B. durch Finanzierung von Landesstellen für Gesundheitsförderung, bereit zu halten. In diese Infrastruktur sollten keine Mittel aus Sozialversicherungszweige fließen.

Ferner sollten sich die Länder zur Unterstützung einer Beratungsstruktur, insbesondere in der Suchtberatung, der Lebensberatung und der Beratung zur medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter verpflichten. Auf diese Weise würden auch Familien, die im Gesetzentwurf nicht als „Lebenswelten“ verstanden werden, in präventive Strategien eingebunden werden können.

In den Landesrahmenvereinbarungen sollte zudem geregelt werden, wie die Kommunen sich an der Umsetzung der Vereinbarung beteiligen können.

Nach Punkt 6. wird folgender Satz eingefügt:

„Die Vereinbarungspartner verständigen sich auch auf Gemeinschaftsprogramme zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von nichtbetrieblichen Lebenswelten, in die mindestens 50% der Mittel für Leistungen nach § 20 Abs. 4 Punkt 2 fließen. Den Ländern obliegt die Schaffung einer arbeitsfähige Kooperations-, Beratungs- und Infrastruktur. Sie verpflichten sich gemeinsam mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege zur Unterstützung einer Beratungsstruktur u.a. in der Sucht- und Lebensberatung sowie der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter“.

In die Vorbereitungen der Rahmenvereinbarungen ist die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen einzubeziehen:

In den bisherigen Abs. 2 Satz 2 ist nach dem Wort „Landesebene“ einzufügen:
„und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen“

In den Kreis der Vereinbarungspartner sind die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege als Vertretung der Zivilgesellschaft und zahlreicher Angebote einzubeziehen:

In § 20f Abs. 1 Satz 1 wird nach dem Wort „Stellen“ eingefügt:
„und die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege“.

- **§ 20g SGB V, Modellvorhaben**

Gesetzentwurf:

Es können von den in der Nationalen Präventionsstrategie vertretenen Leistungsträgern Modellvorhaben durchgeführt werden, um lebensweltbezogene Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung zu verbessern. Sie sind auf max. 5 Jahre zu befristen und wissenschaftlich zu begleiten.

Bewertung:

Die Möglichkeit der Entwicklung von Modellvorhaben wird begrüßt. Aus diakonischer Sicht sind hier z.B. auch Projekte zu den Entlastungs- und Befähigungsangeboten zu den Themen existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge zu nennen.

- **§ 23 SGB V, Medizinische Vorsorgeleistungen**

Gesetzentwurf:

Wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände können Versicherte auch aus medizinischen Gründen in anerkannten Kurorten ambulante Vorsorgeleistungen erhalten.

Bewertung:

Die Absicht, den Zugang zu medizinischen Vorsorgeleistungen für Menschen aufgrund besonderer beruflicher oder familiärer Umstände zu erleichtern, wird begrüßt. Jedoch ist der eingeschlagene Weg nicht ausreichend.

Forderung:

Pflegende Angehörige brauchen auf der Grundlage eines Assessments ein interdisziplinäres Leistungsangebot, das in ein Behandlungskonzept eingebettet ist. Dies kann durch ambulante Vorsorgeleistungen in Kurorten nicht geleistet werden. Die Diakonie Deutschland verweist an dieser Stelle auf die Vorschläge zur Stärkung des Rechtsanspruchs pflegender Angehöriger auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge, die sie in ihrer Stellungnahme vom 07.11.2014 zum Referentenentwurf des GKV-VSG gemacht hat, insbesondere auf das Anliegen, das „gestufte Prinzip“ (kurativ vor ambulant vor stationär) für diesen Personenkreis aufzuheben.

- **§ 24d SGB V, Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe**

Gesetzesentwurf:

Der Gesetzesentwurf konkretisiert die Dauer des Anspruchs auf Hebammenhilfe („bis zum Ablauf von zwölf Monaten nach der Geburt, weitergehende Leistungen bedürfen der ärztlichen Anordnung“).

Bewertung:

Die Diakonie begrüßt die Konkretisierung, hält jedoch die Dauer für zu gering. Sie macht sich die Vorschläge und die Begründung des Bundesrats zu eigen.

Forderung:

In dem nach dem Semikolon eingefügten Satzteil werden die Worte „zwölf Wochen“ durch „sechs Monate“ ersetzt.

In Satz 3 wird vor dem Wort "Beratung" das Wort "präventionsorientierte" eingefügt

Ferner wird den § 24d ein Satz angefügt:

„Die Beratung umfasst außerdem Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind, insbesondere nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch - Kinder- und Jugendhilfe“.

- **§ 25 SGB V, Gesundheitsuntersuchungen**

Gesetzentwurf:

Der Anspruch der Versicherten auf Gesundheitsuntersuchungen wird ausgeweitet: Die bisherige Altersbeschränkung (nach Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres) und die Zweijahresfrist werden aufgehoben, es wird der alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte Fokus der Untersuchung betont sowie eine präventionsorientierte Beratung und Präventionsempfehlung für Leistungen der individuellen Verhaltensprävention formuliert. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere in Richtlinien nach § 92.

Bewertung:

Es gibt keinerlei Evidenzen, dass eine Ausweitung der Gesundheitsuntersuchungen und darauf bezogene Empfehlungen zur individuellen Verhaltensprävention gesundheitliche Effekte haben. Verhaltenspräventive Maßnahmen haben den größten Erfolg, wenn sie im „Setting“ und zusammen mit settingbezogenen Maßnahmen stattfinden. Werden einzelne Elemente aus dem Lebensstil herausgegriffen, um sie zu verändern, ist mit wenig Erfolg zu rechnen. Weder die ärztliche Ausbildung noch die klassische Arzt-Patienten-Beziehung sind eine ausreichende Grundlage für eine umfassende Präventionsberatung. Es ist schließlich zu bezweifeln, dass allein mit dem neu geschaffenen Leistungsangebot nach § 25 Abs. 1 SGB V die Zielgruppen erreicht werden, die am stärksten von Gesundheitsrisiken betroffen sind.

Forderung: Die Diakonie empfiehlt, von einer Änderung des § 25 abzusehen.

- **§ 26 SGB V, Gesundheitsuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen**

Gesetzentwurf:

Der Leistungsanspruch von versicherten Kindern und Jugendlichen auf Früherkennung von Krankheiten wird ausgeweitet. Sie umfasst auch die Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklung gefährden, die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und eine darauf bezogene Präventionsempfehlung.

Bewertung:

Die Ausweitung des Leistungsanspruchs bezüglich der Altersgrenze (nun die Vollendung des achtzehnten Lebensjahres) und die Einbeziehung der psychosozialen Entwicklung in Verbindung mit einer Präventionsempfehlung sind zu begrüßen, bedürfen jedoch einer Evaluierung. Auf diese Weise wird der komplexen, unterschiedlichen Dimensionen von Gesundheit umfassender Entwicklung der Kinder und Jugendlichen gerecht.

Forderung:

Die Diakonie Deutschland empfiehlt, bei diesen Präventionsempfehlungen alle systemübergreifenden bzw. integrierten regionalen Angebote der Frühen Hilfen zur Unterstützung von Eltern und ihren Kindern einzubeziehen. Sie schließt sich den diesbezüglichen Vorschläge des Bundesrats an:

In § 26 Absatz 1 Satz 2 nach dem Wort „Kind“ die Wörter „, insbesondere nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch - Kinder- und Jugendhilfe - und im Bereich der Frühen Hilfen im Sinne von § 1 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz“ einzufügen.

- **§ 65 SGB V, Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

Gesetzentwurf:

Hinsichtlich der Bonusleistungen sieht der Gesetzentwurf vor, dass die Kann- in eine Soll-Leistung verändert wird und Boni zukünftig in Geldform erfolgen.

Bewertung:

Die Diakonie bezweifelt, dass diese Regelungen die Krankenkassen dazu bewegen, ihre Bonusprogramme auszuweiten. Die Bonusform des Geldes ist eine Engführung, derer es nicht bedarf, sie wird der Komplexität der Bedingungen und Motive menschlichen Gesundheitshandelns sowie gesundheitlicher Belastungen nicht gerecht.

Forderung:

Die Diakonie lehnt die Gesetzesänderung ab.

- **§ 132f SGB V, Versorgung durch Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte**

Gesetzentwurf:

Zur Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen können die Kassen Verträge mit Betriebsärzten abschließen.

Bewertung:

Die Diakonie begrüßt die Einbeziehung der Betriebsärzte in die betriebliche Gesundheitsförderung.

Artikel 2 Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

- **§ 20 SGB V Abs. 5, Primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

Gesetzentwurf:

Die Krankenkasse kann eine verhaltensbezogene Leistung erbringen, wenn sie zertifiziert ist.

Bewertung:

Es wird verwiesen auf unsere obigen Aussagen zur Zertifizierung (Artikel 1).

- **§ 20a Abs. 3 Satz 3 SGB V, Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten**

Gesetzentwurf:

Die BZgA erhält vom GKV-Spitzenverband eine pauschale Vergütung (mindestens ein Viertel des Betrags, den die Krankenkassen für Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Lebenswelten ausgeben).

Bewertung:

Es wird verwiesen auf die obige kritische Bewertung der Beauftragung der BZgA.

- **§ 20c SGB V, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (bislang § 20b)**

Gesetzentwurf:

Durch Neufassung von Abs. 1 Satz 2 wird bestimmt, dass die Krankenkassen bei individueller, verhaltensbezogener Prävention im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung die ärztliche Präventionsempfehlung (nach § 25 Abs. 1) berücksichtigen.

Die neu angefügten Abs. 3 und 4 bestimmen, dass die Krankenkassen unter Nutzung bestehender Strukturen den Unternehmen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung anbieten.

Von einer Krankenkasse nicht verausgabte Mittel fließen an den GKV-Spitzenverband, der sie an die Kassen verteilt, die mit örtlichen Unternehmensvereinigungen Kooperationsvereinbarungen geschlossen haben.

Bewertung:

Die Präventionsempfehlung wird (s. o.) kritisch beurteilt. Nichtsdestotrotz macht es Sinn, dass auch in Betrieben individuelle, verhaltensbezogene Maßnahmen stattfinden.

Die Diakonie bewertet die Bestimmungen des Abs. 3 als einen Schritt in Richtung einer gemeinsamen die Unternehmen beratenden und unterstützenden Infrastruktur.

Wie weisen jedoch darauf hin, dass § 20b SGB V (alt) bereits jetzt vorsieht, dass Krankenkassen und die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung in regionalen Arbeitsgemeinschaften zusammenarbeiten sollen. Diese Form der Kooperation sollte unter Einbeziehung der Gesetzlichen Rentenversicherung verpflichtend werden.

Zudem ist die Aufgabenstellung der regionalen Arbeitsgemeinschaften/Koordinierungsstellen dahingehend zu erweitern, dass sie für die Unternehmen und die in ihnen beschäftigten Arbeitnehmer ein Fallmanagement anbieten, um Schnittstellenprobleme zwischen Prävention, Kuration, BEM und medizinischer Rehabilitation zu lösen. Da diese Aufgaben mehreren Trägern der sozialen Sicherung übertragen sind, bietet sich eine entsprechende Formulierung im SGB IX an, mit Verweisen auf Formulierungen in den speziellen Sozialgesetzbüchern. Der Bezug auf das SGB IX ist auch deshalb sinnvoll, weil auf diese Weise § 3 SGB IX (Vorrang von Prävention) und die diesbezügliche Gemeinsame Empfehlung (nach § 13 Abs. 2 Punkt 1) besser umgesetzt werden könnten.

Die Bereitstellung von nicht verausgabten finanziellen Mitteln und ihre Neu- bzw. Weiterverteilung wird ausdrücklich als Anreiz, die betriebliche Prävention in kooperativer Form zu verstetigen, begrüßt.

Forderungen:

Der vorgeschlagene Abs. 3 sollte wie folgt modifiziert werden:

In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenkassen“ die Wörter „, die Rentenversicherung und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung“ eingefügt.

Nach Satz 2 wird eingefügt:

„Sie haben auch die Aufgabe, für die Unternehmen und die in ihnen beschäftigten Arbeitnehmer Schnittstellenprobleme zwischen betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. Arbeitsschutz, Kuration, Betrieblichem Eingliederungsmanagement nach § 84 SGB IX und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu lösen“.

Der bisherige vorgeschlagene Satz 3 wird nach den Worten „die Ersatzkassen“ ergänzt um die Worte „die Rentenversicherung und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung“

In SGB VI und VII sind entsprechende Bestimmungen zu formulieren, ebenso im trägerübergreifenden Recht des SGB IX.

Artikel 3 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

- **§ 31 SGB VI Sonstige Leistungen**

Gesetzesentwurf:

Die Träger der Rentenversicherung beteiligen sich an der Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f SGB V.

Bewertung:

Die Einbeziehung der Rentenversicherung in die Präventionsstrategie wird begrüßt. Im Referentenentwurf wurde noch benannt, mit welchen Leistungen sich die Rentenversicherung beteiligt, nämlich mit in § 31 Abs.1 Nummer 2 benannten medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten. Gleichzeitig sollte die in § 31 Abs. 3 genannte Ausgabengrenze für diese Leistungen nicht gelten.

Forderung:

Die Diakonie fordert, dass die im Referentenentwurf gefundenen Formulierungen in den Gesetzesentwurf übernommen werden. Auf diese Weise wären die Aufgaben der Rentenversicherung in plausibler Weise spezifiziert und zugleich finanziert. Die im Gesetzesentwurf formulierten Aufgaben sind in ihrer Allgemeinheit zu bestimmungsarm; zugleich wird der Umfang der finanziellen Beteiligung der Rentenversicherung nicht deutlich.

Artikel 4 Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

- **§ 14 Grundsatz**

Gesetzesentwurf:

Durch die Änderung des § 14 Abs. 3 wird bestimmt, dass die Unfallversicherungsträger an der nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f teilnehmen.

Bewertung:

Die Beteiligung der Unfallversicherungsträger an der nationalen Präventionsstrategie wird begrüßt.

Artikel 5 Änderung des Achten Buchs Sozialgesetzbuch

- **§ 16 Abs. 2 Nummer 1 SGB VIII, Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie**

Gesetzesentwurf:

Durch das Einfügen der Wörter „...die Familien in ihrer Gesundheitskompetenz stärken, ...“ in § 16 SGB VIII Abs. 2 Nr. 1 soll klargestellt werden, dass Maßnahmen, die der Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Familie dienen, Bestandteil der Angebote von Familienbildung sind.

Bewertung:

Die Diakonie Deutschland unterstützt die vorgeschlagene Änderung des § 16 SGB VIII. Mit der Vorschrift wird die anlassunabhängige präventive Orientierung der Familienbildung betont, Eltern in Fragen der Gesundheitsförderung ihrer Kinder zu unterstützen.

- **§ 45 Abs. 2 Satz 2 Nummer 2 SGB VIII, Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung**

Gesetzesentwurf:

§ 45 Abs.2 Satz 2 Nr. 2 wird die Erteilung für die Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung insofern erweitert, als an die Stelle der bisherigen Formulierung „in der Einrichtung unterstützt wird“ die Formulierung „und ein „gesundheitsförderliches Lebensumfeld in der Einrichtung unterstützt werden ...“ tritt..

Bewertung:

Die Diakonie Deutschland kann der Absicht des Gesetzgebers, die Erteilung der Betriebserlaubnis an das Vorhandensein von gesundheitlichen Rahmenstrukturen in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe zu knüpfen, in der vorliegenden Fassung nur dann zustimmen, wenn damit nicht nur einseitig die Einrichtungen, sondern zugleich die Leistungs- bzw. Kostenträger verpflichtet werden, ihrerseits die entsprechenden (vor allem finanziellen) Voraussetzungen zu verwirklichen.

Forderungen:

Verzichtet der Gesetzgeber auf eine entsprechende klarstellende und den öffentlichen Träger verpflichtende Aussage dazu, wie das „gesundheitsförderliche Lebensumfeld“ in der Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe finanziert wird, plädiert die Diakonie dafür, auf eine Änderung des § 45 SGB VIII zu verzichten.

Die Diakonie schlägt zudem vor, in § 1 Abs. 3 Nr.1 SGB VIII folgende Formulierung aufzunehmen:

„... in ihrer individuellen, gesundheitlichen und sozialen Entwicklung fördern...“

Durch diese Änderung wird die Gesundheitsförderung zur programmatischen Aufgabe, der sich sowohl die öffentliche als auch die freie Kinder- und Jugendhilfe und deren Einrichtungen und Dienste stellen müssen, ohne die konkrete Umsetzungsform an die Betriebserlaubnis zu binden.

Artikel 6 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

- **§ 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation (neu)**

Gesetzentwurf:

Die Pflegekassen sollen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Fähigkeiten in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen entwickeln und deren Umsetzung unterstützen. Dazu sollen sie im Jahr 2016 0,30 € pro Versichertem ausgeben. Dieser Betrag ist in den Folgejahren entsprechend der Änderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV anzupassen. In Umsetzung der genannten Aufgaben sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenartenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. Des Weiteren sollen sie sich an der nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d bis 20f SGB V beteiligen.

Im Rahmen ihres Leistungsrechts haben sie auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit „ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation...“ in vollem Umfang einzusetzen.

Bewertung:

In der Gesetzesbegründung wird betont, dass für die „Lebenswelt der pflegerischen Versorgung () der Satz 1 somit gegenüber der in § 20 Abs. 4 und 2 und § 20a des Fünften Buches festgelegten Verpflichtung der Krankenkassen zur Erbringung von Leistungen zur Prävention in der Lebenswelt eine spezielle Vorschrift (enthält)“. Das bedeutet, dass spezifische Aufgaben der Krankenkassen der Pflegeversicherung übertragen werden. Dies ist vor dem Hintergrund des spezifischen Auftrags der Pflegeversicherung einerseits, ihres Teilleistungscharakters andererseits, nicht akzeptabel.

Von den vorgesehenen Leistungen der Pflegeversicherung würden ausschließlich Personen profitieren, die in teilstationären oder stationären Einrichtungen gepflegt werden, während die in der eigenen Wohnung lebenden pflegebedürftigen Versicherten diese Leistungen nicht in Anspruch nehmen könnten. Würden diese Leistungen in Trägerschaft der Kranken-, statt der Pflegekassen erfolgen, stellte sich die berechtigte Frage, warum diese präventiven Leistungen auf den vollstationären oder teilstationären Bereich beschränkt sein sollen. Gerade bei der primären Prävention im Bereich der Pflege geht es darum, dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit vorzubeugen und die Menschen dort zu erreichen, wo sie leben. Wir machen an dieser Stelle auf die Konzepte der präventiven Hausbesuche aufmerksam, die dazu dienen können, in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkte, von Pflegebedürftigkeit bedrohte oder pflegebedürftige Menschen das Leben im angestammten Wohnumfeld so lange wie sie es möchten zu ermöglichen. Das Kernelement des präventiven Hausbesuchs ist die Beratung von Personen in ihrer häuslichen Umgebung zu Gesundheit, Krankheitsvermeidung und selbständiger Lebensführung. Er wäre eine originäre Aufgabe der GKV.

Schließlich ist zu betonen, dass die im Entwurf formulierten Leistungen weder zwischen der gesundheitsförderlichen Gestaltung des Settings Pflegeheim und individualpräventiven Maßnahmen unterscheiden, noch konzeptionell mit pflegerischen Aufgaben verbunden werden.

Forderungen:

Vor dem Hintergrund der Argumentation ist die Einbeziehung der Pflegekassen in den Kreis der Sozialleistungsträger, die sich an der nationalen Präventionsstrategie beteiligen, abzulehnen.

Die Diakonie Deutschland schlägt vor, die Umsetzung von Leistungen der nichtmedizinischen Prävention und Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen in Modellprojekten zu überprüfen. Sie setzt sich ferner dafür ein, modellhaft Konzepte des präventiven Hausbesuchs für pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen zu erproben.

Die Formulierung in § 5 Abs. 6 zum Einsatz medizinischer Rehabilitation ist missverständlich, da sie auch so gelesen werden kann, als erbringe die Pflegekasse Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Dies ist klarzustellen.

- **§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

Gesetzesentwurf:

Die Feststellungen sollen auch Aussagen zum Beratungsbedarf hinsichtlich der Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V machen. Hier und in § 18a wird die Rehabilitationsempfehlung durch eine „Präventionsempfehlung“ ergänzt.

Bewertung:

Auch an dieser Stelle ist zu betonen, dass Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention in der Regel nur eingebettet in den „Settingansatz“ Sinn machen.

Forderung:

Wir verweisen auf unsere Argumente im allgemeinen Teil der Stellungnahme und in den Ausführungen zu § 1 SGB V.

- **§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen**

Gesetzesentwurf:

Pflegekurse sollen nun auch neben der Minderung der körperlichen und seelischen Belastungen „ihrer Entstehung vorbeugen“.

Bewertung:

Nach Auffassung der Diakonie ist diese geringfügige Veränderung des § 45 nicht ausreichend. Pflegekurse und individuelle Anleitungen und Schulungen in der Häuslichkeit tragen wesentlich zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen und einer Stabilisierung des Pflegearrangements bei. Nach der bisherigen Rechtslage sollen die Pflegekassen solche Kurse anbieten.

Forderungen:

Diese Soll-Vorschrift des Angebots sollte in einen individuellen Rechtsanspruch des Versicherten bzw. seiner Angehörigen umgewandelt werden. Die Inanspruchnahme der Leistung wird gegenwärtig erschwert, weil es einer gesonderten Vereinbarung zwischen dem ambulanten Pflegedienst und der jeweiligen Pflegekasse des Versicherten bedarf. Neben der Einführung einer Leistungsverpflichtung gegenüber den Versicherten soll daher ein Kontrahierungsanspruch für die Leistungsträger mit allen zugelassenen ambulanten Pflegediensten, welche die Leistungen gemäß den Qualitätsvorgaben erbringen, statuiert werden. Mit einem individuellen Rechtsanspruch ließen sich auch weitere Problemanzeigen aus der Praxis lösen: So wären die Pflegekassen verpflichtet, bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich die Erstberechtigung für einen Pflegekurs zu bescheinigen. Es wäre auch klargestellt, dass der Anspruch auf einen Pflegekurs auch für pflegende Angehörige von Menschen in der Pflegestufe 0 besteht.

Artikel 8 Änderung des Infektionsschutzgesetzes

- **§ 34 (10a) (neu) des Infektionsschutzgesetzes**

Gesetzentwurf:

Der neue Absatz (10a) in § 34 des Infektionsschutzgesetzes bestimmt, dass die Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung an den Nachweis einer ärztlichen Beratung zum Impfstatus gebunden ist. Das Gesundheitsamt kann anordnen, dass die Impfbescheinigungen der Kinder in der Einrichtung zur Einsichtnahme durch das Gesundheitsamt vorzuhalten sind.

Bewertung:

Die Diakonie begrüßt die den Nachweis einer ärztlichen Beratung zum Impfstatus. Die Vorgabe, Impfbescheinigungen der Kinder in der Einrichtung zu archivieren, erscheint datenschutzrechtlich bedenklich. Das umfangreiche Speichern und Aufbewahren von dieser Gesundheits- und Sozialdaten steht im deutlichen Widerspruch nicht allein zum Grundsatz der Datensparsamkeit, sondern auch zu dem Gebot, Daten grundsätzlich beim Betroffenen (also den Kindern und deren Erziehungsberechtigten) abzufragen (§ 67a Abs. 2 SGB X). Zudem ist diese Aufbewahrungspflicht für die Einrichtung mit erhöhtem Aufwand verbunden.

Forderung:

Um unzulässige Härten insbesondere für sozial benachteiligte Familien zu vermeiden, sollte durch den Gesetzgeber gleichzeitig geregelt werden, dass die notwendigen Bescheinigungen in jedem Fall kostenfrei ausgestellt werden.

Die Archivierung von Impfbescheinigungen in der Einrichtung und deren Vorlage beim Gesundheitsamt ist abzulehnen. Eine Verpflichtung für die Einrichtung im Rahmen der Dokumentationspflicht sollte sich auf die Inaugenscheinnahme der Bescheinigungen sowie die Dokumentation des Impfstatus beschränken

Berlin, den 24. März 2015

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik
Diakonie Deutschland