

**Stellungnahme
zum Entwurf eines Gesetzes zur
Stärkung der Gesundheitsförderung
und Prävention (BT-Drs.18/4282)
sowie zum Antrag der Bundestags-
fraktion Die Linke (BT-Drs.18/4322)
und zum Antrag der Bundestags-
fraktion Bündnis 80/Die Grünen
(BT-Drs. 18/4327)**

Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlsruhe 40, 79104 Freiburg
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartnerinnen
Dr. Elisabeth Fix
Telefon-Durchwahl 030 284 447-46
Telefax 030 284 44788-55

Renate Walter- Hamann
Telefon-Durchwahl 0761 200 369
Telefax 0761 200 350

www.caritas.de

Datum 14.04.2015

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0099(5)
gel. VB zur öAnhörung am 22.04.
15_Prävention
15.04.2015

A. Einleitung und Zusammenfassung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt und unterstützt das Vorhaben des Gesetzgebers, einen verbesserten gesetzlichen Rahmen zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention zu schaffen. Angesichts der großen Herausforderung aufgrund des demographischen Wandels und der Zunahme chronischer Erkrankungen in allen Altersgruppen kommen einer zielgerichteten, wirksamen und nachhaltigen Gesundheitsförderung und Prävention immer größere Bedeutung zu. Gesundheitliche Belastungen, Krankheitsrisiken und gesundheitliche Ressourcen sind jedoch sozial höchst ungleich verteilt. Daher müssen Gesundheitsförderung und Prävention einen Beitrag dazu leisten, soziale und gesundheitliche Benachteiligung zu überwinden oder zumindest abzubauen. Dazu müssen Gesundheitsförderung und Prävention so ausgerichtet sein, dass sie Menschen in ihren Lebenswelten wie z.B. Kitas, Schulen, Stadtteilprojekten, Betrieben oder Senioreneinrichtungen darin unterstützen, ihre Umgebung nach den eigenen Bedürfnissen gemeinsam gesundheitsförderlich zu gestalten. Die Verbindung von Verhaltens- und Verhältnisprävention und die Partizipation der Menschen sind Voraussetzung dafür, dass Prävention und Gesundheitsförderung zu einer nachhaltigen Stärkung und Verbesserung der gesundheitlichen Lebenslage beitragen. Dies kann allerdings letztlich nur erreicht werden, wenn Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen werden und Bund, Länder, Kommunen und Sozialversicherungsträger gemeinsam eine Gesamtstrategie entwickeln, finanziell tragen und umsetzen.

Den vorliegenden Gesetzentwurf bewerten wir vor diesem Hintergrund als einen Schritt in die richtige Richtung, da er einige neue strukturelle Elemente vorsieht: Positiv bewertet werden insbesondere die verstärkten Ansätze zur Einbindung und Koordinierung der Sozialversicherungsträger, die höhere Verbindlichkeit von konsentierten Gesundheitszielen durch die Entwicklung einer Präventionsstrategie sowie die Schaffung von Arbeitsstrukturen und –instrumenten in Form von bundeseinheitlichen Empfehlungen auf der Bundesebene und Rahmenverträgen auf der Landesebene. Auch die Stärkung von Settingansätzen und des Zielgruppenbezugs in der Ausrichtung von Gesundheitsförderung und Prävention bieten die Chancen, insbesondere denjenigen Menschen bessere Zugangsmöglichkeiten zu eröffnen, die von den bisherigen, vorwiegend verhaltenspräventiv ausgerichteten Präventionsansätzen kaum oder nur unzureichend erreicht werden konnten.

Kritisch bewerten wir, dass auch der aktuelle Gesetzentwurf nach wie vor auf die Leistungen des SGB V fokussiert ist, auch wenn andere Sozialversicherungsträger, wie insbesondere die Gesetzliche Rentenversicherung und die Pflegeversicherung in die Finanzverantwortung mit einbezogen werden. Für eine umfassende Präventionspolitik wäre jedoch eine konsequente Umsteuerung in der Weise erforderlich, dass neben allen Sozialversicherungsträgern auch die öffentliche Hand in Bund, Ländern und Kommunen konzeptionell und finanziell beteiligt wird. Insbesondere den Kommunen, die bereits heute in vielfacher Weise in der Gesundheitsförderung und Prävention engagiert sind, müssten in der Umsetzung eine stärkere Rolle in der Koordinierung zukommen.

Im Folgenden wird der Gesetzentwurf in den wichtigsten Punkten zusammenfassend bewertet

1. Ziel einer präventiven und gesundheitsförderlichen Politik muss die Stärkung der Eigenkompetenzen, der Selbstachtsamkeit und der Befähigung zum Erhalt von Gesundheit und zur Verhinderung der Entstehung von Risikofaktoren für Krankheiten sein. In seinen Legaldefinitionen von Gesundheitsförderung und primärer Prävention verengt der Gesetzentwurf jedoch stark auf das gesundheitsbezogene Handeln des Einzelnen. Dieses individuelle Verhalten kann jedoch nur im Kontext gesundheitsförderlicher Lebenswelten wirksam werden. Die beiden Legaldefinitionen sind daher im Sinne und Geiste der Ottawa-Charta entsprechend zu erweitern.
2. Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die Nationale Präventionsstrategie auf den Gesundheitszielen des Verbundes „gesundheitsziele.de“ aufbauen soll. Es muss den Akteuren der Nationalen Präventionsstrategie jedoch möglich sein, auch weitere Ziele zu berücksichtigen. Besonders wichtig ist dem Deutschen Caritasverband eine Ergänzung der Gesundheitsziele um die Reduzierung des Alkoholkonsums und der Übergewichtsreduktion.
3. Der Deutsche Caritasverband bewertet die Erhöhung des Mindestbetrags pro Versicherten für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung von gegenwärtig 2,74 Euro auf 7 Euro als wichtigen Schritt. Davon sollten jedoch mindestens 4 statt der vorgesehenen 2 Euro für die nicht-betrieblichen Lebenswelten aufgewendet werden. Der auf Institutionen, wie

z.B. Schulen, konzentrierte Setting-Ansatz bedarf zudem der Erweiterung. So sollen auch Maßnahmen in nicht-formalisierten Lebenswelten wie Stadtteilen, peer-groups oder auch der Familie und Haushalten gefördert werden können. Nach wie vor sind psychische Erkrankungen sowie Erkrankungen von Arbeitslosen zu wenig im Blick. Nicht verausgabte Fördermittel des Vorjahres sind nicht nur bei der betrieblichen Gesundheitsförderung, sondern auch bei der Förderung der nicht-betrieblichen Settings systematisch im Folgejahr zur Verfügung zu stellen.

4. Kritisch bewerten wir die Rolle, die der Gesetzgeber der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zumisst. Als Bundesbehörde ist sie nach Auffassung des Deutschen Caritasverbandes nicht in der Lage, kassenübergreifende Leistungen der Prävention selbst durchzuführen. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes soll die BZgA die Krankenkassen bei der Konzepterarbeitung, Qualitätssicherung, Dokumentation und Evaluation der Präventionsmaßnahmen und – programme unterstützen. Sie soll dafür auch Mittel erhalten, jedoch nicht im Umfang des jetzt im Gesetzentwurf vorgesehenen Mindestbetrags von 0,50 Euro pro Versicherten, sondern in einem Höchstumfang von 0,40 Euro, wie vom Bundesrat vorgeschlagen.
5. In die Nationale Präventionsstrategie sind die Bundesagentur für Arbeit sowie die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende und die Träger der öffentlichen Gesundheit verbindlich einzubinden. Da Prävention eine Querschnittsaufgabe ist, ist sicherzustellen, dass alle relevanten Bundesministerien bei der Vereinbarung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen eingebunden sind. Sie sind von den Sozialversicherungsträgern der Nationalen Präventionsstrategie nicht nur ins Benehmen, sondern ins Einvernehmen zu setzen, denn sie müssen die Ergebnisse des Präventionsberichts hinsichtlich seiner Konsequenzen bewerten und umsetzen. Es ist sicherzustellen, dass der alle vier Jahre zu veröffentlichende Präventionsbericht im Zeitablauf der Legislaturperiode so rechtzeitig erstellt wird, dass der Bundestag ggf. gesetzgeberisch darauf reagieren kann. An der Nationalen Präventionskonferenz sollen Bund und Länder nicht nur mit beratender Stimme beteiligt werden. Bund und Länder sollen Mitglieder sein, denn in die Prävention und Gesundheitsförderung sollen aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes nicht nur Beitragsmittel, sondern auch Steuergelder einfließen.
6. Eine entscheidende Bedeutung für die Umsetzung einer Präventionspolitik kommt den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V vor. Auch hier fordern wir, dass ergänzend zu den Trägern der Sozialversicherungen auf Landesebene die entsprechenden Landesministerien eingebunden werden. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes müssen die Koordinierungsstellen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit auf Landesebene verbindlich in die Kooperation eingebunden werden, denn sie verfügen über langjährige Erfahrung in der Unterstützung und Abstimmung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung auf Landesebene und haben zum Ziel, die Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Gruppen in die Fläche zu tragen und weiterzuentwickeln.

7. Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass der Gesetzentwurf auch die Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene nach § 25 SGB V novelliert. Die vorgeschlagene Einführung einer Präventionsempfehlung in beiden Bereichen erachten wir als sinnvoll. Sie muss jedoch für die Genehmigung von Leistungen durch die Krankenkassen verbindlich sein. Individuelle Präventionskurse müssen auch weiterhin ohne Präventionsempfehlung niedrigschwellig zugänglich sein. Angesichts der erheblichen und evident werdenden Impflücken in der Erwachsenenbevölkerung begrüßen wir nachdrücklich, dass die Gesundheitsuntersuchungen auch den Impfstatus umfassen.
8. Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich, dass die U-Untersuchungen nach § 26 SGB V jetzt durchgängig bis zum 18. Lebensjahr ausgeweitet werden und von allen Krankenkassen finanziert werden müssen. Positiv bewertet wird, dass ausdrücklich auch die Frühen Hilfen und die regionalen Eltern-Kind-Unterstützungsangebote in die Beratung der U-Untersuchungen einbezogen sind. Nachgebessert werden muss jedoch, dass sich die Beratung auch auf die frühestmögliche Erfassung und Erkennung von psychosozialen Belastungen in der Familie erstrecken muss, welche möglicherweise erst später zu physischen oder psychischen Erkrankungen des Kindes führen könnten. Wir unterstützen zudem den Vorschlag des Bundesrats, die Verordnung von Hebammenhilfe über den Zeitraum von zwölf Wochen auf sechs Monate zu verlängern. Es sollte im Einzelfall jedoch auch möglich sein, mehr als 36 Besuche vorzusehen, falls medizinisch indiziert. Positiv zu bewerten ist aus Sicht der Caritas auch, dass die Aufnahme in eine Kindertagesstätte mit dem Nachweis über die Beratung zum Impfschutz verknüpft wird. Dies lässt sich am einfachsten durch einen Nachweis der entsprechenden U-Untersuchung herbeiführen. In Landesregelungen sollte der Bundesgesetzgeber nicht eingreifen.
9. Wir begrüßen die Neuregelungen im SGB VIII, die klarstellen, dass die Familienbildung Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenzen umfassen soll und dass die Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe so konzipiert sein sollen, dass sie grundsätzlich eine gesundheitsförderliche Angebots- und Arbeitsstruktur bieten. Angesichts der hohen Bedeutung eines gesunden Aufwachsens für Kinder und Jugendliche bekräftigen wir unseren Vorschlag, die Förderung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes als grundsätzliche Zielsetzung des Achten Buches Sozialgesetzbuch zu normieren und sie in den Allgemeinen Vorschriften des SGB VIII zu verankern und diese zu präzisieren.
10. Der Deutsche Caritasverband unterstützt, dass die Pflegeversicherung Präventionsträger werden soll. Wir erachten es jedoch als Fehlsteuerung, dass sich die Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung vordringlich auf den stationären Bereich konzentrieren sollen. Prävention beginnt noch vor der eigentlichen Pflegebedürftigkeit und muss daher maßgeblich im häuslichen Bereich ansetzen. Seit Jahren fordern wir die Einführung eines präventiven Hausbesuchs, der allen Seniorinnen und Senioren ab dem Alter von 75 Jahren angeboten werden soll. Wir begrüßen nachdrücklich, dass die Rehabilitationsempfehlung um eine Präventionsempfehlung erweitert werden soll. Diese darf sich jedoch nicht auf individuelle Präventionskurse beschränken, sondern muss gezielt das gesamte Setting des hilfe- oder pflegebedürftigen Menschen in den Blick nehmen.

B. Besonderer Teil

§ 1 neu: Förderung der Eigenkompetenz und Eigenverantwortung

Gesetzentwurf

In der Einweisungsvorschrift des SGB V wird der Grundsatz der Eigenverantwortung gestärkt. Durch Einfügung eines neuen Satzes wird betont, dass die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten ausdrücklich zu den Aufgaben der Krankenversicherung als Solidargemeinschaft gehört. Der Bundesrat erweitert diese Aufgabenstellung und fordert, die Förderung der Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten um die Unterstützung gesundheitsförderlicher Bedingungen mit dem Ziel, das Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit zu erhöhen, zu ergänzen.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich den Ansatz, Eigenkompetenzen für gesundheitsbewusstes und gesundheitsförderliches Verhalten zu stärken. Voraussetzung für ein gesundes Leben sind Wissen und der Erwerb von Kompetenzen zum Erhalt, zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit sowie zur Vorbeugung und Vermeidung von Krankheiten. Es ist daher positiv zu bewerten, dass die Förderung des Erwerbs von Eigenkompetenzen ausdrücklich als Aufgabe der Krankenversicherung genannt wird. Wer über Eigenkompetenzen für gesundheitsförderliches Verhalten verfügt, ist auch befähigt, eigenverantwortlich mit seiner Gesundheit umzugehen. Eine weitere wesentliche Voraussetzung für den Erhalt der Gesundheit und die Prävention gegen Krankheiten ist jedoch die Schaffung gesundheitsförderlicher Umwelten. So ist es möglich, dass Menschen zwar über hohe Eigenkompetenzen in Bezug auf gesundheitsförderliches Verhalten verfügen, aber aus finanziellen Gründen z.B. in einem Wohnumfeld mit hohen Konzentrationen von Abgasen und gesundheitsschädigender Lärmbelastung leben müssen. Der Gedanke der Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit sollte daher nicht isoliert von dem Gesamtgeflecht der Wirkungszusammenhänge betont werden. Wir unterstützen daher nachdrücklich den Vorschlag des Bundesrats, die Förderung der Eigenverantwortung als Aufgabe der Krankenversicherung um die Aufgabe der Unterstützung gesundheitsförderlicher Bedingungen zu ergänzen. Der Grundsatz der Eigenverantwortlichkeit ist bereits heute in der Überschrift zu § 1 SGB V verankert. Im Gesetzestext selbst steht dann in § 1 Satz 2 (jetzt Satz 3 neu) SGB V, dass die Versicherten für ihre Gesundheit „mit verantwortlich“ sind. Diese aus unserer Sicht sehr ausgewogene Formulierung bringt zum Ausdruck, dass der Gesundheitszustand des Versicherten durch sein Wissen und seine Eigenkompetenzen eigenverantwortlich beeinflusst werden kann, aber dass es gleichzeitig auch wirkmächtige gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren geben kann, die vom Einzelnen nicht beeinflussbar und steuerbar sind. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die Begründung zu § 20, in der ausgeführt wird, dass die gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung primäres Ziel der präventiven Maßnahmen sei. Jeder Einzelne – so die weiterführenden Aussagen – trage die Verantwortung für die Chancen und Risiken seines Lebens und es gelte, diese Eigenverantwortung zu stärken. Diese verkürzte und verengte Auslegung von Eigenkompetenz widerspricht aus unserer Sicht dem Gesamtgeflecht der Wirkungszusammenhänge. Durch den Vorschlag des Bundesrats, die Stärkung von Eigenverantwortung und Eigenkompetenz durch die Unter-

stützung gesundheitsförderlicher Bedingungen mit dem Ziel der Stärkung der Selbstbestimmung über die Gesundheit zu ergänzen, kann diese Engführung geheilt werden.

Lösungsvorschlag

§ 1 Satz 2 wird entsprechend des Vorschlags des Bundesrates ergänzt:

„Das umfasst die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten **sowie die Unterstützung gesundheitsförderlicher Bedingungen, um das Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit der Versicherten zu erhöhen**“.

§ 2b neu: Geschlechtsspezifische Besonderheiten

Gesetzentwurf

Bei allen Leistungen der Krankenkassen ist künftig geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband bewertet es als positiv, dass Erkenntnisse zu den Unterschieden in der Männer- und Frauengesundheit erkannt und berücksichtigt werden. Die Forschung zeigt, dass es zwischen Frauen und Männern große Unterschiede z.B. in der Körperwahrnehmung und entsprechend im gesundheitsbewussten Verhalten gibt. So nehmen Frauen beispielsweise Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen häufiger wahr als Männer oder ernähren sich gesundheitsbewusster. Frauen und Männer weisen auch Unterschiede in den Erkrankungsarten und -häufigkeiten auf. So werden beispielsweise bei Frauen häufiger als bei Männern Essstörungen, Depressionen oder Angststörungen diagnostiziert. Wir begrüßen daher, dass den geschlechtsspezifischen Besonderheiten im Gesundheitswesen künftig durch Verankerung einer spezifischen Einweisungsvorschrift ins SGB V gezielt Rechnung getragen werden muss.

§ 20 neu: Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Gesetzentwurf

Der gesamte Bereich der primären Prävention in den §§ 20-20b SGB V wird neu strukturiert. In § 20 SGB V wird als neue zusätzliche Aufgabe der Krankenkassen ausdrücklich die Gesundheitsförderung normiert. § 20 Absatz 1 enthält eine Legaldefinition beider Begriffe. Ziel der primären Prävention ist die Verhinderung und Verringerung von Krankheitsrisiken. Ziel der Gesundheitsförderung ist die Förderung des selbstbestimmten gesundheitlichen Handelns der Versicherten. Beide Leistungen werden zu Pflichtleistungen der Krankenkassen und sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.

Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festzulegenden einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien für die primärpräventiven Leistungen werden um die Aspekte Qualität, wissenschaftliche Evaluation und Messung der Zielerreichung erweitert. Bei der Festlegung der Handlungsfelder und der Kriterien sollen gesundheitswissenschaftliche, ärztliche, arbeitsmedizinische und pflegerische Kompetenzen sowie der ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftliche Sachverstand einbezogen werden. Die Leistungsangebote der Krankenkassen sollen künftig zertifiziert werden. Das betrifft insbesondere die Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention (Präventionskurse) sowie die Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach dem neuen § 20b SGB V. Die Anforderungen an die Zertifizierung und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung werden durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegt. Er stellt zudem sicher, dass die Leistungen der Krankenkassen zur besseren Übersicht für die Versicherten im Internet veröffentlicht werden.

Bei der Festlegung der Handlungsfelder und der Entwicklung der Kriterien für die Leistungen sollen auch die bestehenden Gesundheitsziele des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ Berücksichtigung finden. In der spezifischen Ausgestaltung ihrer Leistungen bleibt den Krankenkassen weiterhin ein großer Ermessensspielraum. Der Bundesrat fordert darüber hinaus, dass nicht nur die bestehenden, sondern auch künftig durch „gesundheitsziele.de“ definierte Gesundheitsziele Bestandteil der primären Prävention und Gesundheitsförderung werden, damit eine Erweiterung der Gesundheitsziele nicht jedes Mal eine Gesetzesänderung im SGB V nach sich zieht. Darüber hinaus schlägt der Bundesrat vor, auch die Mangel- und Fehlernährung sowie die Übergewichts- und Adipositasprävention als Gesundheitsziele zu berücksichtigen.

In § 20 Absatz 3 wird ausgeführt, dass die Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung drei Arten umfassen können: 1. Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention, 2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a SGB V) und 3. Leistungen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20b SGB V).

Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention können nach § 20 Absatz 4 neu nur erbracht werden, wenn sie zertifiziert sind. Spricht der Arzt bzw. Betriebsarzt eine Präventionsempfehlung aus, ist diese nach § 20 Absatz 5 neu für die Genehmigung der Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention für die Krankenkassen zwingend zu berücksichtigen. Der Bundesrat schlägt in Erweiterung vor, auch die Präventionsempfehlung nach § 18 Absatz 6 Satz 3 SGB XI hier mit einzubeziehen. Der Bundesrat schlägt des Weiteren eine Klarstellung vor, dass Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention auch ohne ärztliche Empfehlung zu Lasten der Krankenkassen in Anspruch genommen werden können sollen. Wenn Versicherte individuelle Verhaltenspräventionskurse aus beruflichen oder familiären Gründen nicht in Anspruch nehmen können, haben sie Anspruch auf wohnortfern in Kurorten zu erbringende medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 Satz 2 SGB V.

§ 20 Absatz 6 SGB V beschreibt das Volumen und die Verteilung der Ausgaben der Krankenkassen für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung: Ab 2016 sollen für die Leistungen nach den §§ 20, 20a (Lebenswelten), 20b (Betriebliche Gesundheitsförderung) und 20c

(Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren) insgesamt 7 Euro verausgabt werden. Von diesen 7 Euro sollen für die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie für die Betriebliche Gesundheitsförderung jeweils 2 Euro pro Versichertem aufgewendet werden. Der Bundesrat fordert, dass eine Krankenkasse nicht verausgabte Mittel für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a im Folgejahr erneut zur Verfügung stellt.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband bewertet es als positiv, dass die primäre Prävention und die Gesundheitsförderung nun zu einer Pflichtleistung der Krankenkassen werden. Wir haben uns seit vielen Jahren dafür eingesetzt, dass neben der Primärprävention auch die Gesundheitsförderung eine Aufgabe der Krankenkassen wird, denn gemäß des salutogenetischen Ansatzes muss es Ziel der Gesundheitspolitik sein, nicht nur Krankheiten zu vermeiden und ihrer Entstehung vorzubeugen, sondern gezielt Gesundheit zu erhalten und zu stärken.

Die Legaldefinitionen von primärer Prävention und von Gesundheitsförderung vermögen jedoch nicht zu überzeugen. Bei der primären Prävention geht es nicht nur um die Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken, sondern gezielt um die Vermeidung und Verringerung von Risikofaktoren für die Entstehung von Krankheiten. Dies sollte explizit so formuliert werden.

Gänzlich zu kurz greift die Legaldefinition von Gesundheitsförderung. Nach der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zielt Gesundheitsförderung auf einen Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt, um ein größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen. Es geht somit nicht nur um das selbstbestimmte gesundheitliche Handeln des Einzelnen, sondern um die gezielte Befähigung zur Entfaltung der höchstmöglichen Entfaltung der Gesundheitspotenziale. Voraussetzung ist die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und Lebensumstände. Daher ist Gesundheitsförderung untrennbar mit dem Ziel der Verringerung von sozial und auch geschlechtsspezifisch bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen verbunden. Gesundheitsförderung ist zudem nicht nur Aufgabe des Gesundheitswesens und der Krankenkassen, sondern eine gesamtgesellschaftliche und politikfeldübergreifende Querschnittsaufgabe. Vor diesem Hintergrund ist es sachgerecht, dass in die Entwicklung einer Nationalen Präventionsstrategie nach § 20d SGB V neben den Krankenkassen auch eine Reihe anderer Sozialleistungsträger eingebunden sind. Die jetzt im Gesetzentwurf vorgesehene Definition von Gesundheitsförderung verengt hingegen auf das gesundheitsbezogene Handeln des Einzelnen. Gesundheitsförderung hebt jedoch gerade auf die Verbindung von Verhaltens- und Verhältnisprävention ab. Daher wird für die Legaldefinition ein alternativer Lösungsvorschlag unterbreitet, der diese Verbindung berücksichtigt.

Wir begrüßen, dass in den Legaldefinitionen insbesondere die Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit der Gesundheitschancen als Ziel der primären Prävention und Gesundheitsförderung genannt wird. Aus Sicht der Caritas sind insbesondere primärpräventive Maßnahmen in Lebenswelten geeignet, um sozial benachteiligte Menschen wie Menschen mit niedrigem

Bildungsstand oder niedrigen Einkommen oder auch Menschen mit Migrationshintergrund vor Ort, dort wo sie leben, wohnen, arbeiten, lernen und spielen, zu erreichen.

Positiv zu bewerten ist des Weiteren, dass sich bei den Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung künftig die Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele des Kooperationsverbunds „gesundheitsziele.de“ zu berücksichtigen sind, denn diese werden im breiten Konsens von Bund, Ländern, Städten, Kommunen, Kostenträgern, Leistungserbringern und Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie von Wissenschaft und Forschung mit einer hohen Bündelung von Fachkompetenz erarbeitet. Wichtig ist, dass die benannten Ziele nicht abschließend zu verstehen sind, sondern durch aktuelle Gesundheitsziele ergänzt werden können. Dies fordert auch der Bundesrat. Der Deutsche Caritasverband schlägt vor, dass auch andere Gesundheitsziele als die von „gesundheitsziele.de“ erarbeiteten Gegenstand der Nationalen Präventionsstrategie sein können. Sollte es bei der konkreten Aufzählung der einzelner Gesundheitsziele von „gesundheitsziele.de“ bleiben, schlagen wir dringend vor, dass das genannte Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ zum Gesundheitsziel „Tabak- und Alkoholkonsum reduzieren“ erweitert wird. Von Alkoholabhängigkeit und ihren massiven gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen sind ca. 1,4 Mio. Menschen und ihre Familien in Deutschland betroffen. Daher kommt der Reduzierung alkoholbezogener Störungen für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation besondere Bedeutung zu. Da eine gesunde Ernährung einen wesentlichen Schlüssel zum Erhalt der Gesundheit darstellt, ist es aus unserer Sicht sehr sinnvoll, auch die Prävention von Mangel- und Fehlernährung, die insbesondere bei älteren Menschen ein Problem darstellt, vor allem aber auch die Prävention von Übergewicht und Adipositas ins Gesetz aufzunehmen.

Angeregt wird, diesen Absatz in § 20d Nationale Präventionsstrategie zu verschieben, denn die Gesundheitsziele müssen im Rahmen der Nationalen Präventionsstrategie festgelegt werden. Die Akteure der Nationalen Präventionskonferenz müssen die Verfahren bestimmen können, mit denen Ziele definiert und umgesetzt werden können.

Es wird begrüßt, dass insbesondere die individuellen Präventionskurse künftig einem einheitlichen Verfahren der Qualitätssicherung durch Zertifizierung unterworfen werden. Die vorgesehene Veröffentlichungspflicht über die Leistungsangebote im Internet kann die Transparenz gegenüber den Versicherten erhöhen und ist geeignet, den Qualitätswettbewerb der Krankenkassen in diesem Bereich zu befördern. Allerdings hält der Deutsche Caritasverband die Durchführung der Zertifizierung durch unabhängige und anerkannte Institutionen für unabdingbar. Die in § 20 Absatz 5 SGB V neu vorgeschlagene Zertifizierung der Angebote der Krankenkasse durch die Krankenkassen selbst widerspricht dem Erfordernis der Neutralität und Unabhängigkeit einer Zertifizierungsstelle.

Der Deutsche Caritasverband erachtet es als zentral, dass Versicherten weiterhin individuelle Präventionskurse auch ohne ärztliche Präventionsempfehlung niederschwellig zugänglich sind. Insofern hält er die ausdrückliche Klarstellung des Bundesrats zu diesem Punkt für geboten. Es entspricht der Kompetenz und Eigenverantwortung, wenn Versicherte aus eigenem Antrieb und unabhängig von Früherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 SGB V bzw. be-

triabsärztlicher Untersuchungen Primärpräventionsangebote ihrer Krankenkasse in Anspruch nehmen. Es ist daher positiv zu bewerten, dass der Gesetzentwurf die Inanspruchnahme von individuellen Verhaltenspräventionskursen nicht an eine ärztliche Präventionsempfehlung bindet. Gleichzeitig sollte die Krankenkasse bei ihrer Leistungsgenehmigung jedoch verbindlich an eine vom Arzt oder der Ärztin vorliegende Präventionsempfehlung gebunden sein. Ebenso verbindlich für die Leistungsgenehmigung muss auch die Präventionsempfehlung nach dem SGB XI sein. Die diesbezügliche Ergänzung des Bundesrats ist daher in den Gesetzestext aufzunehmen.

Generell ist zu begrüßen, dass die Ausgaben für die §§ 20, 20a und 20b SGB V pro Versicherten auf den Betrag von 7 Euro angehoben werden. Es ist auch sachgerecht, 2 Euro von diesen 7 Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung zu verausgaben. Angesichts der hohen Bedeutung, die Maßnahmen der primären Gesundheitsförderung in Lebenswelten gerade für sozial benachteiligte Menschen haben, fordert der Deutsche Caritasverband jedoch eine deutliche Anhebung der Ausgaben für die primäre Prävention in Lebenswelten. Vorgeschlagen wird, von den 7 Euro Mindestbetrag pro Versichertem 4 Euro für diesen Bereich zu verausgaben. Generell sollen nicht verausgabte Mittel für die Gesundheitsförderung und Primärprävention im Folgejahr erneut zur Verfügung gestellt werden, damit die Krankenkassen einen Anreiz haben, stärker und mit längerfristigeren Maßnahmen in die Gesundheitsförderung zu investieren.

Lösungsvorschlag

Die Legaldefinition von primärer Prävention in § 20 Absatz 1 Satz 1 neu soll lauten:

„Leistungen zur Verhinderung und Verringerung der Risikofaktoren für die Entstehung von Krankheiten“

Die Legaldefinition von Gesundheitsförderung in § 20 Absatz 1 Satz 1 neu soll lauten:

„Leistungen zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, die dem Versicherten ein Höchstmaß an Selbstbestimmung über seine Gesundheit ermöglichen“

Die Liste der Gesundheitsziele soll auch ohne weitere Gesetzesänderung jederzeit aktualisierbar und erweiterbar sein. Wir regen an, § 20 Absatz 3 Sätze 1 und 2 wie folgt neu zu fassen und als Absatz 2 in § 20d Nationale Präventionsstrategie zu integrieren:

„Bei der Aufgabenwahrnehmung nach § 20 Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die jeweils aktuellen nationalen Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Darüber hinaus können weitere Gesundheitsziele definiert werden.“

Die Aufzählung von Gesundheitszielen in Absatz 3 Satz wird wie folgt ergänzt:

Ziffer 3 wird erweitert und wie folgt formuliert: „Tabak- **und Alkohol**konsum reduzieren“

Als Ziffer 7 wird angefügt: „Übergewicht und Adipositas: Entstehung verhindern, gesundheitsförderliches Verhalten fördern, Erkrankungen nachhaltig behandeln“

Als Ziffer 8 wird angefügt: „Fehl- und Mangelernährung: vorbeugen, frühzeitig erkennen und behandeln“

Die Mindestausgaben für die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sollen auf mindestens 4 Euro angehoben werden. § 20 Absatz 6 Satz 2 soll daher wie folgt formuliert werden:

„Ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten **mindestens 4 Euro für die Leistungen nach § 20a und mindestens 2 Euro für die Leistungen nach § 20b** auf.“

Die Präventionsempfehlung nach § 25 und § 26 SGB V sowie nach § 18 SGB XI ist für die Krankenkassen bindend. § 20 Absatz 5 Satz 1 wird daher wie folgt formuliert:

„**Für** ihre Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention ist eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3, eine **Präventionsempfehlung nach § 18 Absatz 6 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetz** sowie eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge abgegebene Empfehlung **bindend**.“

Nicht verausgabte Mittel für Leistungen nach § 20a müssen im Folgejahr erneut zur Verfügung stehen. Wir schließen uns dem diesbezüglichen Formulierungsvorschlag des Bundesrates an.

§ 20a neu i.V. mit Artikel 2 Ziffer 2 zu § 20a neu: Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Gesetzentwurf

§ 20a SGB V neu definiert die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (Settings). Als Lebenswelt definiert werden für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Die Krankenkassen sollen auf der Grundlage der Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der Präventionsstrategie nach § 20f neu SGB V mit diesen Leistungen zum Aufbau und zur Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen beitragen. Dazu erheben die Krankenkassen unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich der Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zu ihrer Verbesserung sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten. Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkung besonders erschwert ist, sollen die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende eng zusammenarbeiten.

Voraussetzung für diese Leistungen der Krankenkassen ist nach § 20a Absatz 2 SGB V neu, dass die für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung der Vorschläge der Krankenkassen

sen bereit sind und mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen beitragen.

Mindestens ein Viertel des Betrags für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, d.h. mindestens 0,50 Euro, soll nach § 20a Absatz 3 neu SGB V ab dem Jahr 2016 an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) fließen. Mit diesen Mitteln soll die BZgA kassenübergreifende Leistungen zur Prävention in Lebenswelten, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen fördern. Dabei hat sich die BZgA an den Festlegungen der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V neu zu orientieren. Sie kann für die Durchführung ihres Auftrags auch geeignete Kooperationspartner heranziehen. Die Mittelverausgabung soll sich an der Anzahl der jeweils in einem Bundesland Versicherten richten. Der Bundesrat schlägt hingegen vor, höchstens 20 Prozent der Summe, welche die Krankenkassen zur Prävention in Lebenswelten nach § 20 Absatz 6 Satz 2 SGB V aufzuwenden haben, der BZgA pauschal zur Verfügung zu stellen. Das wären 0,40 Euro. Mit diesen Mitteln soll die BZgA die Krankenkasse bei der Konzepterarbeitung, Qualitätssicherung, Dokumentation und Bewertung der Ergebnisse unterstützen. Einen Teil dieser Mittel könnte sie auch für Kampagnen aufwenden.

Das Nähere zu Inhalt, Umfang, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Qualität der laut Gesetzentwurf von der BZgA durchzuführenden Leistungen sowie zu den für die Durchführung notwendigen Kosten ist zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der BZgA zu vereinbaren, erstmals spätestens bis zum 30. Oktober 2015. Kommt die Vereinbarung bis zu diesem Datum nicht zustande, erbringt die BZgA ihre Leistungen nach dem Stand der Verhandlungen über die Vereinbarung sowie unter Beachtung des Gebots der Wirtschaftlichkeit nach § 12 SGB V.

Bewertung

In § 20a SGB V neu werden zweierlei Begriffe von „Lebenswelt“ verwendet. Nach § 20a Absatz 1 Satz 1 sind Lebenswelten abgrenzbare soziale Systeme, insbesondere des Wohnens, Lernens und Studierens, der gesundheitlichen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung. Die Lebenswelt des Arbeitens wird hier ausdrücklich ausgeklammert, da die Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nicht nach § 20a SGB V neu, sondern nach § 20b SGB V neu erbracht werden. In § 20a Absatz 3 wird der Lebenswelt-Begriff dann von sozialen Systemen auf soziale Institutionen verengt, wie z.B. Kindertagesstätten oder auch Schulen. Der Lebenswelt-Ansatz („Setting“-Ansatz) ist jedoch systemisch zu verstehen. Er veranschaulicht, dass die individuelle gesundheitliche Situation stark vom sozialen Umfeld mit bestimmt wird. Der Erfolg von gesundheitsförderlichen Ansätzen ist umso wahrscheinlicher, je stärker die Rahmenbedingungen und Verhältnisse innerhalb dieses Lebensumfelds selbst zur Gesundheitsförderung beitragen und somit die individuellen gesundheitlichen Ressourcen und Kompetenzen unter aktiver Partizipation der Betroffenen fördern und stärken. Je institutionalisierter, formalisierter und breite Bevölkerungsschichten erreichend ein solches soziales System ist, wie z.B. eine Schule oder eine Kindertagesstätte, desto leichter lässt sich solch eine Lebenswelt oder ein Lebensraum beeinflussen. Es ist jedoch von zentraler Bedeutung, Beitragsmittel für die Gesundheitsförderung nicht nur in institutionalisierten Strukturen wie den in § 20a Absatz 3 genannten Lebenswelten zu verausgaben, sondern auch Lebenswelten wie Stadtteile, Selbsthilfegruppen oder

peer-groups zu berücksichtigen. Besondere Bedeutung kommt der Familie und dem Haushalt als zu beachtendes Setting zu, da die Familie und die eigene Häuslichkeit für die gesundheitliche Situation elementar und prägend sind.

Als Schritt in die richtige Richtung ist zu bewerten, dass der Kabinettsentwurf jetzt die gesundheitliche Situation von arbeitslosen Menschen im ALG I und ALG-II-Bezug in den Blick nimmt, indem er in § 20a Absatz 1 bei Personen, deren berufliche Eingliederung erschwert ist, auf die Notwendigkeit der Zusammenarbeit von Krankenkassen und Bundesagentur für Arbeit sowie den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende bei der Leistungserbringung hinweist. Arbeitslose weisen oftmals einen schlechteren Gesundheitszustand auf und nehmen seltener an Präventions- und Gesundheitsangeboten teil als Arbeitnehmer. In der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Grünen bezüglich der Gesundheitsförderung für Arbeitslose steht, dass nur bei vier Prozent der Setting-Maßnahmen Arbeitslose als Zielgruppe genannt wurden (Drs. 17/9860, S.5). Die Bundesagentur für Arbeit ihrerseits hat bisher keinen eigenständigen expliziten Präventionsauftrag. Sie kann Gesundheitsförderung als Bestandteil von Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 45 SGB III anbieten. Dies ist jedoch keine regelhafte Gesundheitsförderung, so dass Personen im SGB II und SGB III nur in Fällen von regionalen Kooperationen wie z.B. dem Projekt AmigA (Brandenburg) oder dem Projekt JobFit (NRW) von Präventionsmaßnahmen bei Arbeitslosigkeit erreicht werden können. Grundlegende Voraussetzung für den Erfolg präventiver Maßnahmen ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes die Freiwilligkeit der Teilnahme. Wir weisen deshalb vorsorglich darauf hin, dass das Sanktionssystem des SGB II sich letztlich nicht auf die Pflege oder Wiederherstellung des Gesundheitszustandes erstrecken darf. Hier sollte vielmehr Unterstützung durch psychosoziale Beratung, motivierende Gesprächsführung und die Entwicklung individueller gesundheitsbezogener Ziele angeboten werden.

Es entspricht dem Setting-Ansatz der WHO, wenn in § 20a Absatz 1 Satz 3 SGB V neu ausdrücklich auf die Beteiligung der Versicherten abgehoben wird. Das partizipative und mitgestalterische Element soll ausdrücklich Voraussetzung für eine Förderung des Settings sein.

Unklar ist, welche und wessen „gesundheitliche Situation“ die Krankenkassen gemäß § 20a Absatz 1 Satz 3 SGB V neu unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen in den Settings erheben. Diese Formulierung ist dem alten § 20a zur Betrieblichen Gesundheitsförderung entliehen und bezieht sich dort konkret auf das Setting Betrieb. Da es zur Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen der Kooperation der Akteure vor Ort bedarf, ist der Verweis auf die Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f ausreichend. In § 20a Absatz 2 stellt sich die Frage, was unter einer „angemessenen Eigenleistung“ der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen zu verstehen ist. Die „angemessene Eigenleistung“ ist, wie auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf ausführt, ein unbestimmter Rechtsbegriff, der ggf. dazu genutzt werden kann, die von den beteiligten Akteure erbrachte Eigenleistung als unzureichend zu bewerten und in der Konsequenz von einer Leistungserbringung abzusehen. Unklar bleibt auch, wer bewerten soll, ob eine Eigenleistung angemessen ist oder nicht. Die Einrichtungen erbringen in jedem Fall eine Eigenleistung. Diese besteht nach unserer Auffassung darin, dass sie ein Konzept für die Entwicklung gesundheits-

Deutscher Caritasverband e.V.

förderlicher Ansätze entwickeln und dieses durch den Einsatz von Personal- und Sachmitteln unter Einschluss der Förderung durch die Krankenkassen umsetzen. Ggf. wären hier für die Finanzierung weiterer Kosten die jeweiligen Leistungs- und Kostenträger der Einrichtungen verantwortlich.

Kritisch bewertet der Deutsche Caritasverband, dass mindestens ein Viertel der Ausgaben für die Gesundheitsförderung und primäre Prävention in Settings verbindlich an die BZgA abzuführen ist. Dies bedeutet, dass mindestens 1 Euro an die BZgA fließt, wobei dieser Betrag je nach Krankenkasse auch höher liegen kann. Der Schwerpunkt der Aufgaben der BZgA liegt in der gesundheitlichen Aufklärung. Als Fachbehörde für Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt sie Strategien und setzt diese in Kampagnen, Programmen und Projekten um. Dazu gehört sowohl die zielgruppengerechte Vermittlung von geeigneten Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen durch mediale Kampagnen, die Bereitstellung und Verbreitung entsprechender Informationsmaterialien als auch die Schulung und die Fort- und Weiterbildung der auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und Gesundheitsaufklärung tätigen Berufs- und Personengruppen. Es ist durchaus sachgerecht, diese Rolle der BZgA zu stärken und entsprechend finanziell zu fördern.

Der Gesetzentwurf hebt hinsichtlich des Wirkens der BZgA insbesondere auf die Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen sowie die Lebenswelten für ältere Menschen als Settings, in denen die BZgA tätig werden soll, ab. Besonders in den Blick zu nehmen sind jedoch auch und gerade vulnerable Personengruppen wie z.B. wohnungslose, suchtkranke, psychisch kranke, (langzeit-)arbeitslose Menschen und Kinder in belasteten Familien. Settingbezogene Maßnahmen für sozial benachteiligte und von sozialer Ausgrenzung bedrohte Menschen werden nur wirken, wenn auf regionaler Ebene Kooperationen mit Kommunen und Trägern sozialer Einrichtungen erfolgen. Für diese Maßnahmen - einschließlich der Kosten für die Kooperation - muss im Budget für die Primärprävention in Settings ein entsprechender finanzieller Spielraum gegeben sein. Darüber hinaus spricht sich der Deutsche Caritasverband dafür aus, dass auch evaluierte Programme der Früherkennung und Frühintervention z.B. im Hinblick auf riskanten oder schädlichen Suchtmittelkonsum in den Leistungskatalog der GKV einbezogen werden. Als ergebnisoffene Angebote sind sie darauf ausgerichtet, frühzeitig zur Überprüfung und Veränderung des eigenen Konsumverhaltens zu motivieren und hierfür konkrete Unterstützung zu vermitteln. Sie sind zudem geeignet, auch Bevölkerungsgruppen anzusprechen, die z.B. von breit angelegten Öffentlichkeitskampagnen nur in geringem Maße oder gar nicht erreicht werden.

Im Übrigen stellt sich die Frage, inwiefern die BZgA in der Lage ist, „kassenübergreifende Leistungen durchzuführen“, wie es der Gesetzentwurf formuliert, da sie diese Leistungen nicht selbst anbieten kann. Zur im Gesetzentwurf vorgesehenen Rolle der BZgA bei der Durchführung von Setting-Maßnahmen ist generell festzustellen, dass die BZgA als Bundesbehörde keine Information über sinnvolle Präventionsmaßnahmen vor Ort besitzen kann, da sie die regionalen Akteure nicht kennt. Regional gibt es seit langem eingeführte und geübte Strukturen, in denen die Krankenkassen mit den Akteuren vor Ort zusammenarbeiten, z.B. mit den Landesvereinigungen für Gesundheit, bei denen wiederum die Koordinierungsstellen angebunden

sind. Wie der Bundesrat sind wir der Auffassung, dass eine direkte Intervention der BZgA in den Lebenswelten zu unnötigen Parallelstrukturen führt, die zudem noch aus Mitteln der Krankenkassen für die BZgA finanziert werden müssten. Die Kernkompetenz der BZgA liegt in der wissenschaftlichen Aufbereitung von Daten, der Qualitätssicherung und Bereitstellung von zielgruppenspezifischen Informations- und Beratungsangeboten. Daher schließt sich der Deutsche Caritasverband dem Vorschlag des Bundesrats an, die Rolle der BZgA auf die Unterstützung der Krankenkassen bei der Konzepterarbeitung und bei der Dokumentation und Bewertung von Ergebnissen sowie vor allem auf die Sicherstellung und Weiterentwicklung einer einheitlichen Qualität zu konzentrieren und ihr dafür entsprechende Mittel zur Verfügung zu stellen.

Allerdings lehnen wir weiterhin ab, dass Mittel, die eigentlich direkt für die Gesundheitsförderung und Prävention in Settings zur Verfügung stehen sollen, in Höhe der Höchstgrenze von 0,80 Euro aus Mitteln der GKV für die BZgA verausgabt werden sollen. Der Deutsche Caritasverband schlägt vor, dass die BZgA höchstens 20 % des Betrags, den die Krankenkassen für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a verausgaben, als pauschale Vergütung erhalten sollen. Der DCV schließt sich damit dem Vorschlag des Bundesrates an. Den Verweis auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit nach § 12 SGB V bei einem Nichtzustandekommen der Vereinbarung zwischen BZgA und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 20a Absatz 4 erachten wir in diesem Zusammenhang als nicht ausreichend. Da nicht anzunehmen ist, dass das Gesetz vor Juli 2015 in Kraft treten kann, erachten wir die Frist des 30. Oktober 2015 für den Abschluss der erstmaligen Vereinbarung für nicht realistisch. Im Gesetz sollte daher eine andere Frist gesetzt werden. Die Mittel sollen erst verausgabt werden können, wenn eine wirksame Vereinbarung geschlossen wurde.

Der Gesetzentwurf der Vorgängerregierung enthielt noch die Regelung, dass sich der Verband der Privaten Krankenversicherung an der Förderung der Tätigkeit der BZgA beteiligen kann. Da auch die Privatversicherten von den Kompetenzen und Leistungsangeboten der BZgA profitieren, ist dieser Passus in den Gesetzentwurf wieder aufzunehmen.

Lösungsvorschlag

Aus § 20a Absatz 2 wird die „angemessene Eigenleistung“ gestrichen und die „Kann“-Leistung zu einer verbindlichen Leistung erklärt:

„Die Krankenkasse **erbringt** Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, **wenn die für die Lebenswelt Verantwortlichen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation umsetzen, die zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten führen**“.

In § 20a Absatz 3 wird die Aufzählung der Lebenswelten um nicht institutionenbezogene Lebenswelten ergänzt. Satz 1 wird wie folgt erweitert:

„Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und

Jugendhilfe, in Schulen sowie **in den Stadtteilen**, in Lebenswelten älterer Menschen und in **Lebenswelten von vulnerablen Gruppen...**“

Die Rolle der BZgA wird auf die Konzepterarbeitung, Qualitätssicherung sowie Dokumentation und Bewertung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Primärprävention fokussiert. Wir schließen uns dem diesbezüglichen Formulierungsvorschlag des Bundesrats an. § 20a Absatz 3 Satz wird wie folgt formuliert:

„Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben in den Lebenswelten gemäß § 20 Absatz 4 Nummer 2 und 3 und zur Sicherstellung und Weiterentwicklung einer einheitlichen Qualität beauftragt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter Berücksichtigung der nach § 20f Absatz 1 geschlossenen jeweiligen Rahmenvereinbarungen und im Einvernehmen mit den Ländern, den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen ab dem Jahr 2016 die Krankenkassen mit der Konzepterarbeitung und Qualitätssicherung sowie bei der Dokumentation und Auswertung von Ergebnissen zu beraten und zu unterstützen. Die BZgA erhält einen Teil der Mittel für bundesweite Kampagnen zur Prävention. Über deren konkrete Verwendung schließt sie einen Kooperationsvertrag mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab“.

Die Mittel für die BZgA für Leistungen der Prävention in Lebenswelten sollen zudem höchstens 20 % der Summe umfassen, den die Krankenkassen hierfür aufwenden. Wir schließen uns dem entsprechenden Formulierungsvorschlag des Bundesrates an.

Auch die privaten Krankenversicherungen sollen in die Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung eingeschlossen werden.

In § 20a Absatz 6 SGB V neu soll nach Satz 3 ein neuer Satz 4 angefügt werden:

„Der Verband der privaten Krankenversicherung kann Tätigkeiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die diese im Rahmen ihres öffentlichen Auftrags einbringt, mit Zuwendungen fördern.“

§ 20b neu i.V. mit Artikel 2 Ziffer 3 zu § 20b neu: Betriebliche Gesundheitsförderung

Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf stärkt die Rolle des Betriebsarztes, der im Gesetzestext nun explizit als Akteur der betrieblichen Gesundheitsförderung benannt wird. Des Weiteren soll die Kooperation der Krankenkassen untereinander und mit den Unternehmen gestärkt werden. Zu diesem Zweck sollen regionale Koordinierungsstellen aufgebaut werden, die Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen beraten und unterstützen. Sie sollen klären, welche Krankenkasse im Einzelfall die Leistungen im Betrieb erbringt. An der Beratung sollen örtliche Unternehmensorganisationen, wie Industrie- und Handelskammern oder Handwerkskammern und Innungen beteiligt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen treffen das Nähere zu den Aufgaben, zur Arbeitsweise und zur Finanzierung dieser Koordinierungs-

stellen durch Kooperationsvereinbarungen. Werden die Mindestausgaben für die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V neu unterschritten, stellt die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung, der sie dann nach einem noch festzulegenden Verteilungsschlüssel auf die Landesverbände der Krankenkasse und die Ersatzverbände, die Kooperationsvereinbarungen mit örtlichen Unternehmensorganisationen geschlossen haben, verteilt. Damit soll sichergestellt werden, dass die nicht verausgabten Mittel der Förderung bereits vorhandener Koordinierungsstellen zu Gute kommen. Der Bundesrat fordert darüber hinaus, dass auch die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden neben den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung in die Betriebliche Gesundheitsförderung eingebunden werden.

Bewertung

Im Setting Betrieb können viele Versicherte für gesundheitsförderliche Maßnahmen erreicht werden. Als sinnvoll erachtet der Deutsche Caritasverband eine stärkere Bündelung der Kompetenzen der Krankenkassen und der örtlichen Unternehmensorganisationen für die betriebliche Gesundheitsförderung. Die Krankenkassen sollen in den Regionen vor Ort zusammenarbeiten, um im konkreten Betrieb möglichst viele Versicherte zu erreichen. Diese Kooperationsfunktion sollen die regionalen Koordinierungsstellen erfüllen. Es stellt sich allerdings die Frage, ob es hier des Neuaufbaus von Strukturen bedarf, denn auch heute schon sind in den Betrieben eine Vielzahl von Krankenkassen vertreten. Zudem lässt der Gesetzentwurf einige wichtige Fragen offen bzw. unbeantwortet: Wie ist die „Region“ definiert, in der sich die Koordinierungsstellen bilden sollen? Bezieht sich die in § 20b Abs. 3 Satz 1 SGB V neu erwähnte „Nutzung bestehender Strukturen“ auf das Know-how der jeweiligen Krankenkassen oder auf die Unternehmen? Es stellt sich zudem die Frage, wie die Zusammenarbeit in den Regionalen Koordinierungsstellen mit den örtlichen Unternehmensorganisationen, wie z.B. Industrie- und Handelskammern oder Handwerkskammern, konkret organisiert werden soll. Unklar bleibt auch, wie die regionalen Koordinierungsstellen der Krankenkassen finanziert werden sollen. Der Gesetzestext trifft zu diesen Punkten lediglich die Aussage, dass das Nähere zu Aufgaben, Arbeitsweise und Finanzierung der Koordinierungsstellen durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen geregelt werden soll bzw. durch Kooperationsvereinbarungen mit den örtlichen Unternehmensorganisationen.

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

Da die für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden über konkrete Informationen über die örtlichen betrieblichen Gegebenheiten verfügen, sollten sie systematisch in die BGF einbezogen werden. Wir unterstützen den diesbezüglichen Vorschlag des Bundesrates. Wir halten die Einbindung der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörden für notwendig und sinnvoll, um Abstimmungen über die Leistungen zur betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung, die sich mit denen der Krankenkassen überschneiden können, zu ermöglichen. Wir verweisen dringend darauf, dass die Mittel der Unfallversicherung für den

präventiven Arbeitsschutz aufgrund der Ausweitung der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen nicht reduziert werden dürfen, sondern vielmehr durch die Koordinierung der Leistungen verstärkte Synergien genutzt werden sollen.

Lösungsvorschlag

Es sollen keine neuen Strukturen zur regionalen Koordinierung geschaffen werden. In Artikel 2 zu § 20b Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen“ gestrichen. Entsprechend entfallen auch die Sätze 3 und 4.

§ 20d neu: Nationale Präventionsstrategie

Gesetzentwurf

Die Krankenkassen werden verpflichtet, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame Nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und ihre Umsetzung und Fortschreibung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz zu gewährleisten. Die Nationale Präventionsstrategie umfasst insbesondere die Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie die regelmäßige Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht). Der Bundesrat fordert, dass die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende in die Entwicklung und Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie einbezogen werden.

Die bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen zielen auf die Weiterentwicklung der Qualität von Prävention und Gesundheitsförderung sowie auf die Zusammenarbeit der für die Leistungserbringung in Lebenswelten und Betrieben zuständigen Träger und Stellen. Dies erfolgt erstmals bis zum 31.12.2015 insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen sowie der Dokumentations- und Berichtspflichten. Bei der Festlegung gemeinsamer Ziele werden auch die Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie die von der Ständigen Impfkommision gem. § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfohlenen Schutzimpfungen berücksichtigt. Die Rahmenempfehlungen werden im Benehmen mit den Bundesministerien für Gesundheit, für Arbeit und Soziales, für Ernährung und Landwirtschaft, für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium des Inneren und den Ländern vereinbart. An der Vorbereitung werden die Bundesagentur für Arbeit und die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende über ihre Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden beteiligt. Der Bundesrat fordert, dass die Rahmenempfehlungen „im Einvernehmen“ mit den o.g. Bundesministerien vereinbart werden.

Der Präventionsbericht wird alle 4 Jahre erstellt. Der Bericht enthält insbesondere Angaben zu den Erfahrungen mit der Anwendung der §§ 20 bis 20g, zu den Ausgaben für die Leistungen der Träger nach Abs. 1 und ggf. auch der Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversi-

cherung, zu den Zugangswegen, den erreichten Personen, der Erreichung der gemeinsamen Ziele und der Zielgruppen, den Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und der Zusammenarbeit bei der Durchführung von Leistungen sowie zu möglichen Schlussfolgerungen. Die Nationale Präventionskonferenz leitet den Bericht dem BMG zu. Das BMG legt den Bericht den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes vor und fügt eine Stellungnahme der Bundesregierung bei. Die Leistungsträger nach Satz 3 erteilen der Nationalen Präventionskonferenz die für die Erstellung der Präventionsberichte erforderlichen Auskünfte. Das Robert-Koch-Institut stellt die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings erhobenen relevanten Informationen für den Präventionsbericht zur Verfügung. Die Länder können regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung für den Präventionsbericht einbringen.

Bewertung

Die Regelungen legen die Grundsätze der Entwicklung und Durchführung der nationalen Präventionsstrategie fest. Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die präventiven Leistungen der Sozialversicherungsträger mit ihren spezifischen Aufgaben im gegliederten System der sozialen Sicherung in einer trägerübergreifenden Präventionsstrategie verknüpft werden. Die Klarstellung in der Gesetzesbegründung, dass dabei bestehende, qualitätsgesicherte Angebote, Programme und Prozesse zu berücksichtigen sind, wird ausdrücklich unterstützt, da auf diese Weise bewährte Strategien fortgeführt und verstetigt werden können. Dies kann ein Beitrag dazu sein, Prävention und Gesundheitsförderung anstelle der bisherige „Projektitis“ an längerfristigen Strategien auszurichten. Vielfältige Erfahrungen belegen, dass nachhaltige Veränderungen durch Gesundheitsförderung und Prävention nicht durch kurze Interventionen erzielt werden können, sondern einer längerfristigen Perspektive bedürfen. Durch die Festlegung gemeinsamer Ziele und daraus abgeleiteter Zielgruppen und vorrangiger Handlungsfelder werden die Voraussetzungen für koordinierte Maßnahmen der genannten Sozialversicherungsträger geschaffen. Die nun vorgesehene Berücksichtigung der Ziele der gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie sowie die von der Ständigen Impfkommission gem. § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfohlenen Schutzimpfungen werden als sachgerecht bewertet und ausdrücklich unterstützt. Die Erfahrung hat gezeigt, dass neben chronischen und psychischen Erkrankungen auch durch Impfungen vermeidbare Infektionskrankheiten nach wie vor eine nicht unbedeutende Rolle für die Gesundheit der Bevölkerung haben und nicht vernachlässigt werden dürfen.

Die Berücksichtigung der Belange Langzeitarbeitsloser und die Verzahnung der gesundheitlichen Prävention mit der öffentlichen Jugendhilfe entsprechen einer wiederholten Forderung des Deutschen Caritasverbandes. Allerdings wird die Einbindung der beiden genannten Akteure allein in die Vorbereitung der Rahmenempfehlung als unzureichend bewertet. Da die Umsetzung insbesondere settingbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in ihrer Wirksamkeit auf die Kooperation vieler Akteure und flankierende Maßnahmen angewiesen sind, sollte dies auch in einer breiten Trägerschaft der Präventionsstrategie abgesichert werden. Wir schließen uns daher der Forderung des Bundesrates an, dass die Bundesagentur für Arbeit und die kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende verbindlicher in die Entwicklung und Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie eingebunden werden, beziehen in diese Forderung aber auch die Träger der öffentlichen Jugendhilfe mit ein.

Auch die Rückkoppelung mit den genannten Bundesministerien und den Ländern bleibt auf dem Wege der Herstellung des Benehmens zu unverbindlich und damit unzureichend. Selbst unter der Maßgabe, dass die Umsetzung der Präventionsstrategie nur aus zusätzlichen Mitteln der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung (und ggf. den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung) finanziert wird, sollte zumindest sichergestellt sein, dass die Präventionsstrategie von den relevanten Bundesministerien und den Ländern mitgetragen und im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben unterstützt wird. Daher unterstützen wir den Vorschlag des Bundesrates, dass die Rückbindung an die o.g. Bundesministerien im Einvernehmen erfolgen soll. Zudem sollten aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes auch die Bundesministerien für Bildung und Forschung sowie für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit entsprechend einbezogen werden.

Die regelmäßige Erstellung eines Präventionsberichts wird mit den beschriebenen Zielsetzungen und Inhalten ausdrücklich begrüßt, da dies die kontinuierliche Überprüfung und Anpassung der Präventionsstrategie ermöglicht. Der Präventionsbericht soll laut Begründung auch eine Grundlage für die Verbesserung der Kooperation und Koordination sowie für die Weiterentwicklung der gemeinsamen Ziele sein. Dies kann auch Empfehlungen zur Anpassung der von der Kooperationsplattform „gesundheitsziele.de“ entwickelten Ziele oder zur Erarbeitung neuer Ziele beinhalten. Um dies zu gewährleisten, halten wir es für dringend geboten, dass der Präventionsbericht in jeder Legislaturperiode so rechtzeitig eingebracht wird, dass die Präventionskonferenz ggf. Anpassungen ihrer Präventionsstrategie ableiten und vornehmen kann und das Einvernehmen mit den zu beteiligenden Bundesministerien herstellen kann. Zudem soll der Gesetzgeber ggf. erforderliche gesetzliche Initiativen auf den Weg bringen können. Wir regen außerdem an in der Geschäftsordnung zur Präventionskonferenz nach § 20e Verfahren festzulegen, wie die Dokumentation von Maßnahmen, ihrer Zielerreichung und der Qualität der Kooperation auch unabhängig von dem umfassenden Präventionsbericht erfolgen kann (z.B. im Hinblick auf vereinbarte spezifische Fragestellungen oder Erhebungszeiträume), damit bei Bedarf frühzeitig steuernd eingegriffen werden kann. Die zusätzliche Einbeziehung der Ergebnisse aus dem Gesundheitsmonitoring des Robert-Koch-Instituts (RKI) begrüßen wir ausdrücklich. Die Studien des RKI zur Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA), zur Gesundheit Erwachsener (DEGS) und zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS) liefern mit ihren Querschnitt- und Langzeiterhebungen eine umfassende Daten- und Informationsgrundlage für die Gesundheitspolitik. In Verbindung mit der Gesundheitsberichterstattung der Länder können fundierte Grundlagen für die Ausrichtung der Präventionsstrategien und die Ableitung entsprechender Maßnahmen geschaffen werden.

Lösungsvorschlag

Die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der Grundsicherung und die Träger der öffentlichen Jugendhilfe werden verbindlich in die Struktur zur Erarbeitung einer Nationalen Präventionsstrategie eingebunden. § 20 Absatz 1 wird daher nach dem Wort „Unfallversicherung“ um die Wörter „die Bundesagentur für Arbeit, den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchenden und den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe“ erweitert.

Die Rahmenempfehlungen sollen nicht nur im Benehmen, sondern im Einvernehmen mit den zu beteiligenden Bundeministerien vereinbart werden. In § 20d Absatz 3 Satz 3 ist daher das Wort „Benehmen“ durch das Wort „Einvernehmen“ zu ersetzen. In den Kreis der Ministerien sind die Bundesministerien für Bildung und Forschung sowie für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit mit einzubeziehen.

§ 20e neu: Nationale Präventionskonferenz

Gesetzentwurf

Zur Entwicklung und Fortschreibung der Nationalen Präventionsstrategie wird eine Nationale Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung sowie den Pflegekassen mit je zwei Sitzen gebildet. Die beteiligten Sozialversicherungsträger setzen die Präventionsstrategie in engem Zusammenwirken um. Bund und Länder erhalten jeweils vier Sitze mit beratender Stimme. Die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesagentur für Arbeit und die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer erhalten jeweils einen Sitz mit beratender Stimme. Die Nationale Präventionskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung, in der insbesondere die Arbeitsweise und das Beschlussverfahren festgelegt werden und die einstimmig angenommen werden muss. Die Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e.V. erhält einen Sitz, wenn die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, sich angemessen finanziell an Programmen und Projekten im Sinne der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen beteiligen.

Die Nationale Präventionskonferenz wird durch ein Präventionsforum beraten, das in der Regel einmal jährlich stattfindet. Neben den stimmberechtigten und beratenden Mitgliedern der Nationalen Präventionskonferenz gehören dem Präventionsforum Vertreterinnen und Vertreter der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände an. Die Nationale Präventionskonferenz beauftragt die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung mit der Durchführung des Präventionsforums. Die Einzelheiten zur Durchführung des Präventionsforums einschließlich der für die Durchführung notwendigen Kosten werden in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz geregelt.

Bewertung

Die Präventionsstrategie erhält mit der Bildung der Präventionskonferenz einen verfahrensmäßigen und institutionellen Ordnungsrahmen. Dies sichert die kontinuierliche und verbindliche Überprüfung und Weiterentwicklung der Präventionsstrategie der beteiligten Versicherungsträger ab.

Die Regelungen normieren die Aufgabe der Nationalen Präventionskonferenz und legen deren Mitglieder fest. Die Einbindung der Unternehmen der Privaten Krankenversicherung unter dem Vorbehalt der vorgegebenen Kostenbeteiligung an den Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung wird ausdrücklich begrüßt. Die Beteiligung von Bund und Ländern, der Kommunalen Spitzenverbände und der repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer über eine beratende Funktion wird dagegen als unzureichend bewertet. Angesichts der in § 20d Abs. 1 Nr. 1 skizzierten weitreichenden Gegenstände der Präventionsstrategie sowie der hohen Bedeutung von Setting-Ansätzen und der betrieblichen Gesundheitsförderung ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes eine verantwortliche Mitgestaltung der genannten beratenden Mitglieder unerlässlich.

Der Gesetzentwurf stärkt die beratenden Mitglieder immerhin dadurch, dass nun die Bundesagentur für Arbeit mit Sitz und beratender Stimme vertreten ist; Bund und Länder sollen nun mit jeweils vier Sitzen deutlich stärker vertreten sein, im Referentenentwurf waren jeweils noch zwei Sitze vorgesehen gewesen. Allerdings bewerten wir die Rolle der öffentlichen Hand und insbesondere der Bundesländer trotz der erhöhten Sitze mit beratender Funktion als nicht ausreichend. Ihrer Bedeutung in der Prävention und Gesundheitsförderung entsprechend sollen sie aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes nicht nur beratende Funktion wahrnehmen, sondern mit Stimmrecht an der Entwicklung der Präventionsstrategie beteiligt werden. Dies wäre konsequent im Hinblick darauf, dass für die Operationalisierung der Präventionsstrategie und der bundeseinheitlichen Empfehlungen auf Landesebene verbindliche Rahmenvereinbarungen getroffen werden müssen. Die verbindliche Mitwirkung der öffentlichen Hand an der Entwicklung und Fortschreibung der Nationalen Präventionsstrategie muss aus unserer Sicht damit verbunden sein, dass Bund und Länder sich mit Steuermitteln zusätzlich an der Finanzierung der Prävention und Gesundheitsförderung beteiligen. Wir halten zudem die Einbindung der Bundesministerien Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Verkehr und Wohnen, Umwelt, Ernährung und Verbraucherschutz sowie Bildung und Forschung für notwendig, um die erforderliche ressortübergreifende Kooperation und Akzeptanz zu gewährleisten. Den Vorsitz der Nationalen Präventionskonferenz sollte das Bundesministerium für Gesundheit innehaben.

Die fachliche Rückkoppelung der Nationalen Präventionskonferenz soll durch ein Präventionsforum gewährleistet werden, das – wie in der Begründung ausgeführt – in Form einer Fachkonferenz ausgestaltet werden soll. Damit bleiben Aufgabe und Funktion des Präventionsforums sehr vage, die Form der Fachkonferenz legt eine eher unverbindliche Rolle des Präventionsforums nahe. Angesichts der Bedeutung der Nationalen Präventionsstrategie sollten die Aufgaben des Präventionsforums und die Form der fachlichen Beratung unter Einbindung der in der Prävention und Gesundheitsförderung relevanten Akteure präzisiert werden. Zudem sollte geklärt werden, welche für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände das Präventionsforum bilden sollen. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sind mit ihren Einrichtungen, sozialräumlichen Projekten und ihrem zivilgesellschaftlichen Einsatz in vielfältigen Lebenswelten engagiert. Daher sollten sie in der Nationalen Präventionskonferenz angemessen vertreten sein. Die Gründe für die Beauftragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. mit der Durchführung der Konferenz ist uns nicht nachvollziehbar, da sie ein Zusammenschluss unterschiedlicher öffentlicher und privater

Akteure ist und keine nachgeordnete Behörde darstellt. Wir sehen diese Aufgabe vielmehr bei der BZgA verortet, die bereits die Geschäfte der Nationalen Präventionskonferenz führt.

§ 20f neu: Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie

Gesetzentwurf

Zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie schließen die Landesverbände der Krankenkassen, der Ersatz- und Pflegekassen mit den in den Ländern zuständigen Stellen und den für Leistungen der Prävention zuständigen Trägern der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene. Die für die Rahmenvereinbarungen maßgeblichen Leistungen richten sich nach § 20 Abs. 4 Nr. 2 und 3, nach den §§ 20 a bis 20c sowie nach den für die Pflegekassen, für die Träger der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung jeweils geltenden Leistungsgesetzen.

Die Beteiligten der Rahmenvereinbarungen treffen Festlegungen unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen insbesondere zu gemeinsam und einheitlich zu verfolgenden Zielen und vorrangigen Handlungsfeldern (unter Berücksichtigung der regionalen Erfordernisse), zur Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten, der einvernehmlichen Klärung von Abgrenzungsfragen, zu Möglichkeiten der gegenseitigen Beauftragung der Leistungsträger nach dem SGB X, zur Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe sowie zur Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen. An der Vorbereitung der Rahmenvereinbarungen werden die Bundesagentur für Arbeit und die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende sowie die Kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene beteiligt. Sie können den Rahmenvereinbarungen beitreten. Die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Rahmenvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften müssen die Aufsichtsbehörden nicht vorab über die Bildung informieren.

Bewertung

Die Vorschrift legt das Verfahren zur Operationalisierung der Rahmenempfehlungen nach § 20d auf der Landesebene fest. Die Vereinbarung von Rahmenvereinbarungen der genannten Sozialversicherungsträger wird ausdrücklich begrüßt, da auf diese Weise eine Konkretisierung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlung und deren koordinierte Umsetzung – unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten - unterstützt wird. Die Vorschrift hebt insbesondere auf die Sicherstellung der Zusammenarbeit der beteiligten Sozialversicherungsträger ab und bekräftigt, dass für sie keine neuen Zuständigkeiten und Leistungsverpflichtungen begründet werden. Die Funktion der Bundesagentur für Arbeit und der Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie der Kommunalen Spitzenverbände auf der Landesebene wird dadurch gestärkt, dass sie nicht nur an der Vorbereitung der Rahmenvereinbarung beteiligt sind, sondern ihr auch beitreten können. Diese Form der Beteiligung halten wir für die öffentliche Hand

angesichts ihrer Bedeutung für die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort jedoch nicht für ausreichend. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes sollen die Kommunalen Spitzenverbände den Rahmenvereinbarungen nicht nur beitreten können, sondern diese als Vereinbarungspartner mitgestalten und mittragen. Die verbindliche Mitwirkung der öffentlichen Hand muss aus unserer Sicht damit verbunden sein, dass – wie bereits oben ausgeführt - sich Bund und Länder mit Steuermitteln zusätzlich an der Finanzierung der Prävention und Gesundheitsförderung beteiligen.

Die konkrete Umsetzung der vereinbarten Präventionsziele reicht über die Zuständigkeiten der beteiligten Sozialversicherungsträger jedoch weit hinaus. Diesem Sachverhalt trägt die Rahmenvereinbarung in der Weise Rechnung, dass sie auch Festlegungen zur Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst, den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe sowie zur Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen trifft. Diese Festlegung einer breiten Beteiligung und Zusammenarbeit ist einerseits sachgerecht in der Weise, dass sie vielfältige öffentliche und private Akteure einbindet und damit den Erfordernissen für die Umsetzung komplexer Gesundheitsziele entspricht. Allerdings können die Vereinbarungspartner keine Festlegungen für Träger und Einrichtungen Dritter treffen, ohne sie in das Verfahren angemessen einzubinden und an den Vereinbarungen zu beteiligen.

Wie für die bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen gilt aus unserer Sicht auch für die Rahmenvereinbarungen auf der Landesebene, dass sie von den relevanten Landesministerien und -behörden mitgetragen und im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben unterstützt werden müssen. Daher sollte eine angemessene Einbindung und Verpflichtung der entsprechenden Ministerien und Behörden vorgesehen werden.

Der Hinweis, dass die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Rahmenvereinbarungen gebildeten Arbeitsgemeinschaften die Aufsichtsbehörden nicht vorab über die Bildung informieren müssen, legt die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach § 94 SGB X nahe. Allerdings könnten hier, insbesondere um die Aufnahme von Mitgliedern über die Sozialversicherungsträger hinaus zu ermöglichen, auch andere Formen wie z.B. Gesundheitskonferenzen zum Tragen kommen, die in einzelnen Bundesländern bereits erfolgreich arbeiten. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes müssen die Koordinierungsstellen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit auf Landesebene verbindlich in die Kooperation eingebunden werden. Die Koordinierungsstellen verfügen über langjährige Erfahrung in der Unterstützung und Abstimmung der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung auf Landesebene. Zudem haben sie zum Ziel, die Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Gruppen in die Fläche zu tragen und weiterzuentwickeln.

Während die Operationalisierung der Rahmenempfehlungen auf der Landesebene durch die Vorschriften zu den Rahmenvereinbarungen geregelt ist, macht der Gesetzentwurf keine Aussagen zur konkreten Umsetzung auf der kommunalen und regionalen Ebene. Aktionsbündnisse oder Präventionskonferenzen könnten hier für die erforderliche Abstimmung und Koordinierung sinnvoll sein.

Der Bundesrat fordert, in § 20f Absatz 1 und Absatz 2 Satz 2 jeweils die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde mit aufzunehmen, damit diese in den Prozess der Erarbeitung der Landesrahmenvereinbarungen verbindlich mit einbezogen wird. Wir schließen uns dieser Forderung und den entsprechenden Formulierungsvorschlägen des Bundesrates an. Im Zuge der Operationalisierung und Konkretisierung der Nationalen Präventionsstrategie ist der bereits in § 20 Absatz 3 geforderte Bezug zur gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie für das betriebliche Setting erforderlich.

§ 20g neu: Modellvorhaben

Gesetzentwurf

Die Krankenkassen, die Träger der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung und die Pflegekassen und ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung einzeln oder in Kooperation mit Dritten, insbesondere mit den in den Ländern zuständigen Stellen nach § 20f Absatz 1, Modellvorhaben durchführen. Diese sollen die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen der Prävention in Lebenswelten und zur betrieblichen Gesundheitsförderung verbessern. Sie können auch der wissenschaftlich fundierten Auswahl geeigneter Maßnahmen zur Zusammenarbeit dienen. Die Modellvorhaben sind in der Regel auf fünf Jahre zu befristen und nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu begleiten und auszuwerten.

Bewertung

Die Möglichkeit zur Durchführung von Modellvorhaben und ihre Fokussierung auf die Erprobung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und in Betrieben werden begrüßt. Auch die Option, Fragen der Zusammenarbeit modellhaft zu erproben, bewertet der Deutsche Caritasverband positiv, da innovative Versorgungsansätze häufig an eine träger- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit gebunden sind, die zugleich aber hohe Anforderungen an die beteiligten Akteure umfasst. Die Einbindung Dritter eröffnet die Möglichkeit zur Erprobung praxisnaher Zusammenarbeit mit vielfältigen Akteuren in der Gesundheitsversorgung und Prävention. Neben den Kommunen und der Agentur für Arbeit sind hier auch insbesondere Selbsthilfeorganisationen und die Wohlfahrtsverbände mit ihren Trägern und Einrichtungen zu nennen, die in zahlreichen Arbeitsfeldern und Settings tätig und mit der Lebenslage der jeweiligen Zielgruppen vertraut sind.

Für die Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung ist die Motivation und Partizipation der Adressatinnen und Adressaten unabdingbar. Die Modellvorhaben sollten daher auch gezielt partizipativ ausgerichtet sein. Zudem muss es möglich sein, dass die Leistungsträger nach § 20d SGB V neu Modellvorhaben nicht nur einzeln, sondern auch gemeinsam durchführen.

Die Befristung der Projektlaufzeit auf maximal fünf Jahre ist sachgerecht, da die Bewertung der Effekte von Prävention und Gesundheitsförderung nicht in kurzfristigen Projekten geleistet werden kann. Präventionsprojekte leiden häufig an der kurzfristigen Förderung, die keine Perspektive für die nachhaltige Umsetzung der Projektergebnisse umfasst. Aus diesem Grund regt der Deutsche Caritasverband an, dass im Rahmen der Modellvorhaben jeweils auch Fragen der Übertragbarkeit der innovativen Ansätze in die Regelversorgung bzw. auf andere Zielgruppen oder Regionen integriert werden.

§ 23 neu: Medizinische Vorsorgeleistungen

Gesetzentwurf

Versicherte, die aus beruflichen oder familiären Gründen Vorsorgeleistungen nicht in Anspruch nehmen können, welche aus medizinischen Gründen erforderlich sind und für welche die wohnortnahen Leistungen nach § 23 Absatz 1 SGB V nicht ausreichen, können künftig ambulante wohnortferne Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten in Anspruch nehmen, ohne dass zuvor wohnortnahe Leistungen erbracht wurden. Der Zuschuss, den die Satzung der Krankenkasse für den Versicherten vorsieht, erhöht sich für erwachsene Versicherte von 13 auf 16 Euro und für versicherte chronisch kranke Kinder von 21 auf 25 Euro.

Bewertung

Mit dem Reformvorschlag würdigt der Gesetzgeber besondere berufliche oder familiäre Situationen, wie beispielsweise eine häusliche Pflege, bei denen erforderliche medizinische Leistungen zur gesundheitlichen Vorsorge nicht oder nur schwerlich in den regulären Tagesablauf integriert werden können und alternativ eine wohnortfernere kompaktere Behandlung erfolgversprechender erscheint. Durch die Klarstellung dürfen Krankenkassen ihre Versicherten bei Leistungsentscheidungen nicht mehr darauf verweisen, dass entsprechende ambulante Angebote an ihrem Wohnort ausreichen. Wir begrüßen dies nachdrücklich. Gleichzeitig erschließt sich uns jedoch nicht, warum diese Leistungen nur auf den Bereich der ambulanten Vorsorge in Kurorten begrenzt sein sollen. Die Erhöhung des Zuschusses nach § 23 Absatz 2 Satz 2 und Satz 3 SGB V ist angemessen.

Angesichts der demographischen Entwicklung und eines zunehmenden Betreuungs- und Pflegebedarfs besteht die Herausforderung, gute Rahmenbedingungen für die häusliche Pflege zu gestalten. Dazu gehören auch der Erhalt und die Förderung der Gesundheit der Pflegepersonen. Hierzu können bei Bedarf neben medizinischen Rehabilitationsleistungen auch medizinische Vorsorgeleistungen außerhalb der häuslichen Pflegesituation eine wichtige Unterstützung leisten. Diese sollten daher, ebenso wie die Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu einer Pflichtleistung normiert werden, die bei Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen von den Krankenkassen zu finanzieren sind.

Lösungsvorschlag

§ 23 Absatz 4 Satz 1 SGB V wird, wie folgt, gefasst:

„Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, **erbringt** die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht.“

§ 24d Satz 1 neu: Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe

Gesetzentwurf

§ 24d Satz 1 wird um die Regelung ergänzt, dass ein Anspruch auf Hebammenhilfe bis zum Ablauf von 12 Wochen nach der Geburt besteht; weitergehende Leistungen bedürfen der ärztlichen Anordnung.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt das Ziel des Gesetzgebers, den Zeitraum für den Anspruch auf Hebammenhilfe zu erweitern. Er hält den Zeitraum von 12 Wochen jedoch für zu gering, um die angestrebte Flexibilisierung in der Inanspruchnahme der Hebammenhilfe zu erreichen. Wir schließen uns daher der Forderung des Bundesrats an, die wie bisher vorgesehenen 36 Besuche im Zeitraum von sechs Monaten in Anspruch nehmen zu können. Die zeitliche Verlängerung der Hebammenleistungen kann einen wichtigen Beitrag zur Prävention gesundheitlicher Beeinträchtigungen des Kindes und für die Förderung eines gesunden Aufwachsens leisten. Die zeitliche Verlängerung auf sechs Monate eröffnet die Möglichkeit, junge Familien bei Bedarf längerfristig zu begleiten und in ihrer Frequenz stärker am individuellen Bedarf der Familie und des Kindes auszurichten.

Allerdings weisen wir darauf hin, dass die Möglichkeit zur ärztlichen Anordnung weitergehender Leistungen über die 36 Besuche hinaus davon unberührt bleiben muss.; Sollte sich also im Lauf der sechs Monate herausstellen, dass die 36 Besuche nicht ausreichend sind, muss weiterhin die Möglichkeit bestehen, weitergehende Leistungen auf Grundlage einer ärztlichen Anordnung mit entsprechender Indikationsstellung in Anspruch zu nehmen.

Wir schließen uns zudem der Forderung des Bundesrates an, durch Anfügung eines Satz 4 neu klarzustellen, dass die ärztliche Beratung auch Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind, insbesondere nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch Kinder- und Jugendhilfe umfasst. Auf diese Weise kann die präventionsorientierte Beratung gestärkt und darauf hingewirkt werden, dass die Eltern oder Elternteile standardmäßig auf die Angebote der Frühen Hilfen aufmerksam gemacht werden. Auf diese Weise erhalten die Eltern oder Elternteile einen diskriminierungsfreien Zugang zu vielfältigen Unterstützungsangeboten.

Lösungsvorschlag

Wir unterstützen den Vorschlag des Bundesrates, die Verordnung auf Hebammenhilfe über die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen 12 Wochen hinaus auf 6 Monate zu verlängern und schließen uns dessen Formulierungsvorschlag an.

§ 24 Satz 4 neu wird angefügt:

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

§ 25 neu: Präventionsempfehlung im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen

Gesetzentwurf

Die unterste Altersgrenze für die Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchungen von bisher 35 Jahren ist entfallen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, Inhalt, Umfang und Häufigkeit der Untersuchungen sowie die für die Früherkennung in Frage kommenden Erkrankungen an den jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens anzupassen und alters- und zielgruppengerecht auszugestalten. In der Neuregelung wird klargestellt, dass zu den Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V auch die präventionsorientierte Beratung gehört. Die Untersuchungen sollen zudem auch eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention in Form einer ärztlichen Bescheinigung umfassen können, sofern diese medizinisch angezeigt ist. Zur präventionsorientierten Beratung soll auch die Überprüfung des Impfstatus gehören.

Bewertung

Der Gesetzentwurf setzt den präventionsmedizinischen Grundsatz um, dass eine Früherkennung, die sich auf die Erkennung von bereits eingetretenen Krankheiten beschränkt, zu kurz greift. Die Regelung sieht vor, dass bei Früherkennungsuntersuchungen systematisch auch der Aspekt der primären Prävention und Gesundheitsförderung in den Blick genommen werden muss. Viele Erkrankungen, wie die Volkskrankheiten Herz-Kreislauf- oder Stoffwechselerkrankungen, können durch gesundheitsbewusste Lebensführung, wie gesunde Ernährung, Bewegung, Stressreduktion, positiv beeinflusst werden. Der Deutsche Caritasverband begrüßt angesichts der immer evidenter werdenden großen Impflücken bei der Erwachsenenbevölkerung ausdrücklich, dass zur präventionsorientierten Beratung auch die Überprüfung des Impfstatus zählt. Es ist positiv zu bewerten, wenn im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung auch eine Präventionsempfehlung abgegeben werden kann, die für die Krankenkassen eine wichtige Grundlage für die Entscheidung über eine Leistung zur individuellen Prävention darstellt. Die Präventionsempfehlung soll nach Auffassung des Deutschen Caritasverbands regulärer Bestandteil der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V sein. Sie soll für die Ent-

scheidung der Krankenkassen über Leistungen der individuellen Verhaltensprävention bindend sein. Angesichts des in der Bevölkerung weit verbreiteten Problems des Übergewichts ist es nachdrücklich als positiv zu bewerten, dass die Präventionsempfehlung auch Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung umfassen soll.

Der Deutsche Caritasverband erachtet es als nicht ausreichend, wenn Präventionsempfehlungen nur im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V abgegeben werden können. Präventionsempfehlungen sollen auch regulärer Bestandteil einer kurativen Behandlung sein können. § 28 Absatz 1 SGB V (ärztliche Behandlung) ist entsprechend zu ergänzen. Zudem sollte sich die Präventionsempfehlung auch auf Maßnahmen der Gesundheitsförderung erstrecken können. Dies sollte explizit im Titel zum Ausdruck kommen. Der Deutsche Caritasverband schlägt daher vor, die „Präventionsempfehlung“ zur „Empfehlung für Primärprävention und Gesundheitsförderung“ umzutitulieren. Näheres soll der Gemeinsame Bundesausschuss regeln. Der Arzt soll im Rahmen der ärztlichen Behandlung auch verpflichtet werden, die Wirkung seiner ärztlichen Empfehlung im Sinne einer Erfolgskontrolle zu überprüfen und die Empfehlung ggf. anzupassen.

Lösungsvorschlag

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

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

§ 26 neu: Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Gesetzentwurf

Die Neuregelung weitet das Untersuchungsprogramm der Kinder- und Jugenduntersuchungen durchgängig bis zum achtzehnten Lebensjahr aus. Zudem sollen sich Früherkennungsuntersuchungen künftig auch *expressis verbis* auf die psycho-soziale Entwicklung beziehen.

Der untersuchende Arzt oder die untersuchende Ärztin soll über Gesundheitsrisiken informieren, abgestimmt auf die Altersgruppe und das Risikoprofil des Kindes. Zudem ist die Überprüfung der Vollständigkeit des Impfschutzes vorgesehen. Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit und der Entwicklung des Kindes sollen aufgezeigt werden. Über gesundheitsbezogene Angebote und Hilfen soll aktiv informiert werden. Die Begründung stellt klar, dass die Information sich auch auf regionale Eltern-Kind-Unterstützungsangebote wie „Frühe Hilfen“ erstrecken soll. Ärzte und Ärztinnen sollen zudem, sofern medizinisch angezeigt, Präventionsempfehlungen ausstellen, die von den Krankenkassen bei der Bewilligung von Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Absatz 5 zu berücksichtigen sind. Diese richten sich nicht nur an die Kinder und Jugendlichen selbst, sondern auch an Eltern oder andere Sorgeberechtigte – insbesondere bei Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die Früherkennungsuntersuchungen im höheren Alter von Kindern nicht aufhören sollen, sondern nunmehr auch die Gruppe der 6-10jährigen Kinder und die Gruppe der Jugendlichen stärker in den Blick genommen und deren spezifische Gesundheitsrisiken im Rahmen der U's erfasst werden können. Wir begrüßen zudem die Klarstellung, dass sich die Leistungen nach § 20 Absatz 5 nicht nur auf Kinder, sondern - insbesondere bei Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter - auch auf Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten können mit dem Ziel der Steigerung der gesundheitlichen Elternkompetenz. Auch die explizite Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus wird als sachgerechte Leistung im Rahmen der U's positiv bewertet.

Unterstützt wird nachdrücklich, dass die Beratung ein wichtiger Baustein der U's werden soll. Werden Kinder und Jugendliche und deren Eltern über Gesundheitsrisiken aufgeklärt, werden ihnen mögliche präventive Verhaltensweisen und weitere Unterstützungsangebote aufgezeigt; auf diese Weise kann Entwicklungsstörungen wirksam vorgebeugt und die Eigenverantwortung für ein gesundes Leben gestärkt werden. Allerdings greift der Wortlaut des Gesetzes im Hinblick darauf zu kurz, dass gesundheitliche Risiken und psychosoziale Belastungen für das Kind nicht erst dann Gegenstand einer Beratung sein sollten, wenn bereits medizinische Anzeichen zu erkennen sind. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbands ist es unbedingt notwendig, dass in einem frühestmöglichen Stadium psychosoziale Belastungen in der Familie erkannt werden, die möglicherweise erst später zu physischen oder psychischen Krankheiten des Kindes führen. Hierbei kommt den Ärztinnen und Ärzten in Geburtskliniken, die in der Regel die U1 und U2 durchführen, eine besondere Bedeutung zu. Geburtskliniken sind als Zugang zu Familien geradezu prädestiniert, um von hier aus eine Brücke in klinikexterne Angebote und Netzwerke früher Hilfen zu schlagen. Nahezu alle Familien werden erreicht, denn 98 % aller Kinder kommen im Krankenhaus auf die Welt. Die Inanspruchnahme von Leistungen des Krankenhauses rund um die Geburt ist selbstverständlich und wird als nicht stigmatisierend erlebt. Daher ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbands der Gesetzestext dahingehend anzupassen, dass die Beratung auch psychosoziale Belastungen in der Familie erfassen soll, insbesondere in den ersten Lebensjahren des Kindes.

Der Bundesrat fordert, dass auch die bestehenden Untersuchungen für Jugendliche im Zusammenhang mit dem Berufseinstieg auf ein vergleichbares Niveau angehoben und die Jugendschutzuntersuchungen verbindlich durch einen präventiven Ansatz aufgewertet werden. Wir schließen uns dieser Forderung an, da gerade Jugendliche, die frühzeitig die Schule beenden und ins Erwerbsleben eintreten, im Rahmen anderer Präventionsmaßnahmen oft nur schwer erreicht werden können. Daher halten auch wir es für geboten, möglichst zeitnah im Rahmen eines künftigen Gesetzgebungsverfahrens die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen gemäß §§ 32 ff. Jugendarbeitsschutzgesetz unter Berücksichtigung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu treffenden Präventionsempfehlungen zu novellieren.

Lösungsvorschlag

§ 26 Absatz 1 Satz 1 soll wie folgt ergänzt werden:

„Versicherte **Säuglinge**, Kinder und Jugendliche sollen...“

§ 26 Absatz 1 Satz 2 soll wie folgt in drei neue Sätze gefasst werden:

„Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung für Eltern und Kind. **Die Beratung erstreckt sich auf die Erfassung und Bewertung psychosozialer Belastungen in der Familie, insbesondere solcher, bei denen die erkennbare Möglichkeit besteht, dass sie in absehbarer Zeit zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Kindes oder Jugendlichen führen können.** Die Beratung umfasst die Information zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind bzw. Jugendlichen

§ 65a neu: Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Gesetzentwurf

Die Neuregelung sieht vor, die bisherige „Kann“-Leistung in den Satzungen der Krankenkassen zu einer „Soll“-Leistung umzuwandeln. Des Weiteren soll der Bonus neben der bisher schon gewährten Form der Absenkung der Belastungsgrenze nach § 62 Absatz 1 Satz 2 SGB V gewährt werden. Voraussetzung für die Gewährung ist die Teilnahme an einer zertifizierten Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 sowie die Teilnahme an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, wobei in letzterem Fall neben dem Versicherten auch der Arbeitgeber vom Bonus profitieren soll.

Bewertung

Der Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten ist ein Wettbewerbselement, er stellt auch ein Anreizsystem für die Versicherten dar. Mit der Regelung sind alle Krankenkassen verpflichtet, Boni für ein gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten - und im Falle der betrieblichen Gesundheitsförderung – auch der Arbeitgeber in ihrer Satzung vorzusehen. Im Vergleich zum Referentenentwurf ist im Kabinettsentwurf der Bonus nicht mehr an die Form der Geldleistung und nicht mehr an die Zielerreichung der jeweiligen Maßnahme gebunden. Diese Änderungen entsprechen unseren Vorschlägen und werden daher begrüßt. Dass die Bonusprogramme stets einen Bezug zu gesundheitlichen Maßnahmen aufweisen müssen, halten wir für sachgerecht. Durch den Verweis auf die zertifizierten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 wird dies gewährleistet.

Artikel 3: Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

§ 31 Sonstige Leistungen zur Teilhabe

Gesetzentwurf

Im Kabinettsentwurf ist die noch im Referentenentwurf vorgesehene Änderung des § 31 Absatz 3 SGB VI entfallen, wonach die Deckelung der Aufwendungen der Rentenversicherung für medizinische Leistungen zur Sicherstellung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben, aufgehoben wurde.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband fordert den Gesetzgeber auf, in § 31 Absatz 3 SGB VI die Streichung der Nummer 2 vorzunehmen. Es ist ein Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung, wenn medizinische Teilhabeleistungen der Rentenversicherung für Personengruppen, deren Erwerbsfähigkeit durch eine besonders gesundheitsgefährdende Beschäftigung beeinträchtigt ist, nicht der Deckelung der Haushaltsausgaben unterliegen. Neben den Leistungen nach § 31 Absatz 1 Nr. 2 müssten gemäß dieser Logik jedoch auch die Leistungen der stationären Heilbehandlung für Kinder, Bezieher einer Alters- oder Erwerbsminderungsrente oder Waisenrente nach § 31 Absatz 1 Nr. 4 von der Haushaltsdeckelung ausgenommen werden, denn auch in diesem Fall dient die medizinische Leistung der Beseitigung einer erheblichen Gesundheitsgefährdung.

Artikel 5: Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch

§ 16 neu: Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie

Gesetzentwurf

Durch eine Ergänzung in § 16 Absatz 2 Nr. 1 wird klargestellt, dass Angebote der Familienbildung auch Maßnahmen umfassen, die der Stärkung der Gesundheitskompetenz dienen.

Bewertung

Zu Recht führt der Gesetzgeber in seiner Begründung die Bedeutung der Familie als prägenden Ort für das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen aus. In den Bindungen und Beziehungen, in der sozialen Struktur, der alltäglichen Lebenswelt der Familie, in den familiären Erziehungs- und Bildungsstrukturen werden die Weichen für die Persönlichkeitsentwicklung und gesundheitliche Entwicklung von Kindern gelegt. Für Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenz wird in der frühen Kindheit der Grundstein gelegt. Eine gute Gesundheit ist elementar für Wohlbefinden, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit. Für Kinder und Jugendliche bestimmt ihre Gesundheit nicht nur das aktuelle Wohlbefinden, sondern ist zentral für eine positive Gesamtentwicklung. Zahlreiche Studien belegen darüber hinaus die enge Wechselwirkung zwischen gesundheitlicher Verfassung des Kindes und der der Eltern sowie die hö-

heren Gesundheitsrisiken von Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien. Daher sollte verstärkt auch die psychische und physische Gesundheit von Eltern im Blick sein.

Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes ist es richtig, die Gesundheitsförderung in § 16 Absatz 2 zu verorten. Statt der vorgeschlagenen Ergänzung der Ziffer 1 wird allerdings gefordert, die Liste um eine zusätzliche Ziffer zu erweitern. So erfolgt keine Engführung auf Angebote im Rahmen der Familienbildung. Vielmehr wird der Förderung der Gesundheit in Familien ein Stellenwert gegeben, der diese den Angeboten zur Familienbildung, zur Beratung in allgemeinen Erziehungsfragen und zur Familienerholung gleichwertig stellt. Das Präventionsgesetz eröffnet damit die Möglichkeit, insbesondere belasteten Familien einen besseren Zugang zum Gesundheitssystem auch über SGB VIII-Einrichtungen zu ermöglichen.

Lösungsvorschlag

§ 16 Absatz 2 SGB VIII ist zu formulieren wie folgt:

„Leistungen zur Förderung der Erziehung in der Familie sind insbesondere

1. Angebote der Familienbildung...
2. Angebote der Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung....
- (neu) 3. Angebote der Beratung zur Förderung der Gesundheit in Familien
4. Angebote der Familienfreizeit...“

§ 45 neu: Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung

Gesetzentwurf

Durch eine Ergänzung in § 45 Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 wird geregelt, dass das Wohl der Kinder und Jugendlichen in einer Einrichtung in der Regel dann gewährleistet ist, wenn – zusätzlich zu den bisherigen Kriterien – ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld in der Einrichtung unterstützt wird. Wesentlicher Bestandteil eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes – so die Begründung – soll eine entsprechende Konzeption der Einrichtung sein, die eine gesundheitsförderliche Angebots- und Arbeitsstruktur umfassen und zur Förderung des Bewusstseins für Gesundheit sowie zur Vermittlung entsprechender Kompetenzen der in der Einrichtung betreuten bzw. untergebrachten Kinder und Jugendlichen beitragen soll.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt ausdrücklich, dass die Förderung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes und eine gesundheitsförderliche Angebots- und Arbeitsstruktur explizit als Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe klargestellt werden. Nachdem im Referententwurf eine entsprechende Normierung im Rahmen der Leistungs- und Entgeltvereinbarung für stationäre Einrichtungen in § 78c vorgesehen war, soll die entsprechende Regelung im Kabinettsentwurf nun mit der Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung verbunden werden. Wir halten es allerdings für eine Engführung, die Förderung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes mit der Betriebserlaubnis von Einrichtungen der Jugendhilfe zu verknüpfen. Angesichts der hohen Bedeutung eines gesunden Aufwachsens für Kinder und Jugendliche bekräftigen wir unseren Vorschlag, die Förderung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes als grundsätzliche Zielsetzung des Achten Buches Sozialgesetzbuch zu normieren und sie in die

Allgemeinen Vorschriften des SGB VIII aufzunehmen und diese dadurch zu präzisieren. Auf diese Weise wäre ihre Geltung explizit für alle Maßnahmen der öffentlichen und freien Kinder- und Jugendhilfe gewährleistet.

Artikel 6: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

Gesetzentwurf

Die Pflegekassen sollen Präventionsleistungen in vollstationären Pflegeheimen und Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen erbringen und dafür im Jahr 2016 einen Betrag von 0,30 Euro für jeden Versicherten aufwenden. Der Bundesrat schlägt eine Erhöhung dieses Betrags auf 0,70 Euro pro Versichertem vor. Er fordert zudem, dass die Präventionsleistungen auch in der eigenen Häuslichkeit von Pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen zur Verfügung stehen müssen. Dieser Betrag ist in den Folgejahren entsprechend der Änderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV anzupassen. Die Pflegekassen sollen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln. Dabei sollen sie die versicherten Pflegebedürftigen und die Pflegeeinrichtungen einbeziehen. In diesem Rahmen beteiligen sich die Pflegekassen an der Nationalen Präventionsstrategie. Nach § 5 Absatz 3 SGB XI neu sollen die Pflegekassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. Unterschreitet eine Pflegekasse den Richtwert der Ausgaben in einem Kalenderjahr, muss sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung stellen, der die Mittel dann auf die Pflegekassen verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben.

Bewertung

Es ist durchaus sachgerecht, die Pflegekassen zum Träger von Präventionsleistungen zu machen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff enthält mit seinem ressourcenorientierten Ansatz der Erfassung und Stärkung von Selbständigkeitspotenzialen explizit einen präventiven Ansatz, der dem bestehenden Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht inhärent ist. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden pflegerische Risiken, z.B. Sturz oder Dekubitus, nicht mehr nur gezielt in den Blick genommen, sondern die pflegerische Planung wird darauf ausgerichtet, wie es gelingen kann, den Eintritt dieser Risiken gezielt präventiv und durch Einsatz gesundheitsförderlicher Ressourcen zu vermeiden. Da der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit dem 2. Pflegestärkungsgesetz eingeführt werden soll, kann man die präventiven Leistungen nach § 5 SGB XI neu als weitere „Vorziehleistung“ auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verstehen. Wir weisen darauf hin, dass in § 5 SGB XI neu eine Erweiterung des Leistungsspektrums der Pflegeversicherung auf Leistungen der Prävention stattfindet, während gleichzeitig der Leistungskata-

log nach § 28 SGB XI von dieser Neuregelung unberührt bleibt. Dieses ist ein rechtssystematisches Problem, zu dem sich der Gesetzgeber verhalten muss.

Wesentlich zu kurz gegriffen ist die Begrenzung der präventiven Leistungen auf die vollstationären und teilstationären Einrichtungen. Wie eben ausgeführt, werden präventive Elemente im künftigen Leistungsgeschehen im Rahmen eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einen hohen Stellenwert erhalten. Daher ist nicht nachvollziehbar, warum präventive Leistungen aus dem SGB XI auf den vollstationären oder teilstationären Bereich beschränkt sein sollen. Das private Wohnen gehört nach wie vor zu den wichtigsten Lebenswelten älterer Menschen; bei Unterstützungsbedarf gewinnen zunehmend auch neue Wohnformen wie das Leben in ambulant betreuten Wohngruppen an Bedeutung. Gerade bei der primären Prävention in Bezug auf pflegerische Versorgung geht es in erster Linie darum, dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit vorzubeugen und die Menschen dort zu erreichen, wo sie leben, wenn sie Risiko laufen, pflegebedürftig zu werden. Das bedeutet, dass die Leistungen der Prävention im häuslichen Bereich ansetzen müssen. Dies fordert auch der Bundesrat. Die Bundesregierung erwidert in ihrer Gegenäußerung, dass die Gesetzesformulierung des Kabinettsentwurfs keine Beschränkung auf den stationären Bereich bedeute: sie verweist dazu auf § 3, der den Vorrang von ambulanter vor stationärer Pflege normiere, und darauf, dass die häuslichen Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich präventiven Charakter haben, weil sie darauf ausgerichtet seien, möglichst lange ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Diese juristische Engführung der Interpretation des Vorrangs häuslich vor stationär auf die Prävention teilt der Deutsche Caritasverband nicht. Des Weiteren haben auch die stationären Leistungen grundsätzlich präventiven Charakter. Daher müssen sich zusätzliche Präventionsangebote sowohl auf den ambulanten als auch auf den stationären Sektor erstrecken können. Sofern eine Ausweitung der Leistungen auf den häuslichen Bereich vorgesehen ist, müssen sich auch die für die Prävention vorgesehenen Mittel erhöhen. Wir halten den Vorschlag des Bundesrats, das Ausgabevolumen auf 49 Mio. Euro zu erhöhen, für sachgerecht.

Der Deutsche Caritasverband setzt sich schon seit Jahren für die Erprobung und darauf folgende Einführung eines präventiven Hausbesuchs ein. Vorbild kann Dänemark sein, das für alle Menschen ab dem 75. Lebensjahr einen Rechtsanspruch auf einen solchen Besuch vorsieht. Bei einem solchen Hausbesuch in den Blick genommen werden sollte die Situation des älteren Menschen in Bezug auf sein Wohnumfeld (z.B. die Notwendigkeit wohnumfeldverbessernder Maßnahmen), seine psycho-soziale Situation (z.B. Einsamkeit, Depression, Ängste, Umgang mit Krankheitsbewältigung, Verwahrlosung), seine Selbständigkeit und Teilhabemöglichkeiten, aber auch der Bereich der Ernährung (z.B. Flüssigkeitszufuhr), der Mobilität (z.B. Sturzgefahr) oder sein soziales Netzwerk.

Lösungsvorschlag

In § 5 Absatz 1 Satz 1 neu SGB XI werden die Wörter „in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2“ gestrichen.

§§ 18 und 18a neu: Beratungsbedarf und Präventions- und Rehabilitationsempfehlung

Gesetzentwurf

In der Begutachtung soll regelmäßig eine Aussage getroffen werden, ob die Versicherten einen Beratungsbedarf im Hinblick auf Leistungen der individuellen Verhaltensprävention haben. Die Feststellung zur Rehabilitation in der Rehabilitationsempfehlung wird um Feststellungen zur Prävention erweitert und ist in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung nach § 18a Absatz 6 Satz 3 neu SGB XI zu dokumentieren. Der Bundesrat schlägt zudem vor, in einem neuen § 18 Absatz 8 zu normieren, dass die zuständigen Leistungsträger bei Feststellung, dass eine Pflegebedürftigkeit i.S. des SGB XI noch nicht vorliegt, umgehend Maßnahmen zur Prävention anbieten müssen.

Bewertung

Es ist sinnvoll, bei der Begutachtung gezielt Präventionspotenziale zu erfassen, insbesondere, wenn es um einen Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe 1 geht. Der Beratungsbedarf darf sich jedoch nicht auf individuelle Verhaltenskurse nach § 20 Absatz 5 SGB V neu beschränken, wie im Gesetzestext vorgesehen, sondern muss auch verhältnispräventiv und somit setting-bezogen verstanden werden. Insbesondere müssen gezielt alle Elemente, die oben zum präventiven Hausbesuch beschrieben wurden, in die Beratungsleistung einbezogen werden. Beim Vorschlag des Bundesrats handelt es sich um eine Klarstellung, dass auch bei nicht vorliegender Pflegebedürftigkeit umgehend als erforderlich angesehene Maßnahmen der Prävention anzubieten sind. Die Änderung ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbands mit Verweis auf § 5 Absatz 1 (frühzeitige Einleitung aller geeigneten Leistungen der Prävention, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden) i.V. mit § 7a Absatz 1 Satz 8 (Anspruch auf Beratung bereits ab Antragstellung) juristisch nicht erforderlich.

Lösungsvorschlag

§ 18 Absatz 1 Satz 4 neu SGB XI wird wie folgt formuliert:

„Jede Feststellung hat zudem eine Aussage darüber zu treffen, ob ein Beratungsbedarf, insbesondere in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt, hinsichtlich **Leistungen zur Prävention** nach § 20 SGB V sowie nach § 5 SGB XI, besteht“.

§ 45 neu: Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Gesetzentwurf

Die Pflegekurse sollen künftig nicht mehr nur das Ziel verfolgen, pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen der Pflegepersonen zu mindern, sondern sollen bereits ihrer Entstehung gezielt vorbeugen.

Bewertung

Diese Zielsetzung unterstützt der Deutsche Caritasverband nachdrücklich. Wir haben uns seit langem dafür eingesetzt, die Pflegekurse stärker primärpräventiv auszurichten und auf den Erhalt der Gesundheit und die Stärkung gesundheitsförderlicher Ressourcen von Pflegepersonen auszurichten. Daher wird die Neuregelung begrüßt. Da bei den Pflegekursen die Kompetenzstärkung der pflegenden Angehörigen im Vordergrund steht, setzen wir uns dafür ein, dass ein individueller Rechtsanspruch der pflegenden Angehörigen auf solche Pflegekurse eingeführt wird.

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. Diese Soll-Vorschrift des Angebots ist in einen individuellen Rechtsanspruch des Versicherten bzw. seiner pflegenden Angehörigen umzuwandeln. Die Inanspruchnahme der Leistung wird gegenwärtig erschwert, weil es einer gesonderten Vereinbarung zwischen dem jeweiligen ambulanten Pflegedienst und der jeweiligen Pflegekasse des Versicherten bedarf. Neben der Einführung einer Leistungsverpflichtung gegenüber den Versicherten sollte daher ein Kontrahierungsanspruch für die Leistungsträger mit allen zugelassenen ambulanten Pflegediensten, welche die Leistung 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 Absatz 10a neu

Gesetzentwurf

In § 34 sieht der neue Absatz 10 a vor, dass bei der Erstaufnahme in eine Kindertagesstätte die Personensorgeberechtigten gegenüber der Einrichtung den Nachweis zu erbringen haben, dass vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf den Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Die Länder sollen bestimmen, welchen Inhalt der Nachweis enthalten muss und in welchem Zeitraum vor der Aufnahme die ärztliche Beratung stattgefunden haben muss. Wenn im Rahmen des Nachweises auch Informationen zum Impfstatus erhoben werden, soll das Gesundheitsamt anordnen können, dass die Einrichtung diese zur Einsichtnahme durch das Gesundheitsamt vorhält. Weitergehende landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband unterstützt die Zielsetzung des Gesetzgebers, den altersgemäßen Impfschutz auch bereits für jüngere Kinder, die eine Kindertagesstätte besuchen, gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts möglichst zu ge-

währleisten. Eine hohe Impfquote schützt nicht nur das einzelne Kind, sondern auch die Alterskohorten in den Einrichtungen und hilft, einer epidemischen Krankheitsausbreitung entgegenzuwirken. Bereits heute sehen die Landesgesetze für den Betrieb von Kindertagesstätten in mehreren Bundesländern Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und deren Nachweise vor, vereinzelt werden bereits Nachweise zum Impfschutz gefordert. In einzelnen Bundesländern gelten die jeweils entsprechenden Regelungen auch für den Bereich der Kindertagespflege.

Aufgrund der hohen Bedeutung des Impfschutzes halten wir grundsätzlich einen Nachweis über eine erfolgte Impfberatung für sinnvoll. Wir verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass in den Früherkennungsuntersuchungen, den sog. U-Untersuchungen regelhaft eine ärztliche Beratung zu einem altersgemäßen Impfschutz erfolgt. Zudem sind die U-Untersuchungen bundeseinheitlich festgelegt. Daher schlagen wir vor, den Nachweis über die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen als Nachweis über die Beratung zum Impfschutz heranzuziehen.

Wir halten zudem einheitliche Informationen über den Sinn und Zweck der geforderten Nachweise, die Bedeutung des Impfschutzes für das einzelne Kind und die Alterskohorten in Gemeinschaftseinrichtungen sowie die rechtlichen Grundlagen für sinnvoll, um das Verfahren möglichst transparent zu gestalten und die Eltern bzw. Personensorgeberechtigten für die Mitwirkung zu gewinnen.

Die Weitergabe von Informationen über den Impfstatus an den Öffentlichen Gesundheitsdienst halten wir dagegen aus datenschutzrechtlichen Gründen für bedenklich.

Lösungsvorschlag

§ 34 Absatz 10a soll wie folgt gefasst werden:

„Bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung haben die Personensorgeberechtigten gegenüber dieser einen Nachweis darüber zu erbringen, dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf den altersentsprechenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Dieser Nachweis soll durch den Nachweis der Inanspruchnahme der altersentsprechenden Früherkennungsuntersuchungen erbracht werden. Weitergehende landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt“.

C. Antrag der Fraktion Die LINKE „Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten (BT-Drs. 18/4322)

Antrag

Die LINKE setzt die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit als zentrale Zielsetzung in den Mittelpunkt von Gesundheitsförderung und Prävention. Konsequent müssten Prävention und Gesundheitsförderung deshalb an der sozialen Ungleichheit ansetzen und als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen werden, die alle Politikbereiche einbeziehen müsse. Informationskampagnen, die auf individuelle Verhaltensänderung anzielen, griffen zu kurz. Vielmehr seien lebensweltorientierte Settingansätze stärker zu fördern. Diese seien konsequent als Prozesse zu gestalten, die Menschen befähigen, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und Teilhabe zu ermöglichen. Gerade in der Partizipation sieht die LINKE die zentrale Schlüsselgröße der Gesundheitsförderung.

Im Einzelnen fordert die LINKE eine integrierte und koordinierte Gesamtstrategie, die unter breiter Beteiligung relevanter gesellschaftlicher Akteure entwickelt werden müsse. Hierzu seien vernetzte Kooperationsstrukturen zu etablieren, um bundeseinheitliche und verbindliche Ziele umsetzen zu können. Auch die Finanzierung müsse gesamtgesellschaftlich ausgestaltet werden und deutlich erhöht werden. Partizipative Strukturen müssen konsequent gestärkt und im gesamten Prozess der Gesundheitsförderung von der Konzeptionierung bis zur Qualitätssicherung verankert werden.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband teilt die Auffassung der LINKEN, dass der Gesundheitsstatus und Krankheitsrisiken ganz wesentlich von der sozialen Lage mitbestimmt werden und Gesundheitsförderung und Prävention daher einen Beitrag zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit leisten müssen. Daher müssen, wie oben ausgeführt, besonders vulnerable Gruppen in besonderer Weise im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung in den Blick genommen werden. Aber auch die Überwindung der Ursachen der gesundheitlichen Benachteiligung müssen im Sinne der „health in all policies“ durch politikfeldübergreifende Abstimmungen auf Bundes-, Landes und kommunaler Ebene angegangen werden. Wir unterstützen daher die Forderung der LINKEN, alle Gesetzesvorhaben daraufhin zu prüfen, welche Auswirkungen sie auf die Ungleichheit von Gesundheitschancen haben.

Der Deutsche Caritasverband stimmt der Auffassung der LINKEN zu, dass settingsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung noch deutlicher als im Gesetzentwurf vorgesehen gefördert und gestärkt werden sollen. Sie sind aus unserer Sicht der zentrale Ansatz, um nicht nur am individuellen gesundheitsbezogenen Verhalten anzusetzen, sondern die Lebenswelten - Einrichtungen, aber auch Quartiere und das soziale Wohnumfeld – selbst gesundheitsförderlich zu gestalten. Sie sind zugleich der zentrale Zugang, um Menschen an der gesundheitsbezogenen Gestaltung ihrer Lebenswelten zu beteiligen und sie als Expertinnen und Experten in eige-

ner Sache ernst zu nehmen. Aus den genannten Gründen fordert der DCV, die zusätzlichen, für Prävention in Lebenswelten vorgesehenen Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung von 2 Euro auf 4 Euro deutlich zu erhöhen.

Die LINKE setzt neben der Überwindung der gesundheitlichen Ungleichheit die Prozesse der Partizipation als Schlüsselbegriff in den Mittelpunkt ihrer Programmatik zur Gesundheitsförderung und Prävention. Diese Schwerpunktsetzung wird auch vom Deutschen Caritasverband ausdrücklich unterstützt. Partizipative Prozesse sind auch aus unserer Sicht ganz grundsätzlich in der Gesundheitsförderung und Prävention zu verankern. Dies gilt in besonderer Weise, wie oben ausgeführt, für die Umsetzung in der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Settings. Aber auch die individuelle verhaltensbezogene Prävention im Sinne einer Veränderung des Lebensstils, die zur Verhinderung, Linderung oder Überwindung einer Erkrankung erforderlich sein kann, wird ohne Partizipation des Patienten oder der Patientin keine nachhaltige Wirkung entfalten können. Auch in diesen Fällen müssen die Patient(inn)en – und ggf ihr soziales Umfeld – an der Zielentwicklung und der Planung der Maßnahmen als Partnerinnen und Partner mitwirken.

Auch der Deutsche Caritasverband sieht die Notwendigkeit, dass die Finanzierung für Prävention und Gesundheitsförderung über die Mittel der Sozialversicherung hinaus auf eine breitere finanzielle Grundlage gestellt und insgesamt erhöht werden müsse. Er fordert daher die zusätzliche finanzielle Beteiligung von Bund und Ländern, über die Bund und Länder auch verbindlich an der Entwicklung und Fortschreibung der Nationalen Präventionsstrategie zu beteiligen wären.

Die Vereinbarung von Gesundheitszielen und die Planung von wirksamen und nachhaltigen Maßnahmen müssen auf gesicherten Daten und Forschungsergebnissen basieren. Der Evaluation und Qualitätssicherung kommen daher auch aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung große Bedeutung zu. Wir sprechen uns daher für eine Unterstützung der Gesundheitsberichterstattung der Länder und Kommunen aus, die mit entsprechenden Daten der Bundesebene verknüpft und zur Grundlage für die Qualifizierung und Fortentwicklung der Präventionsstrategien genutzt werden können. Insgesamt enthält der Antrag der LINKEN somit viele Elemente, die der Deutsche Caritasverband unterstützen kann.

D. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN „Gesundheit für alle ermöglichen – Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz“ (BT-Drs. 18/4327)

Antrag

Die GRÜNEN sehen in der Gesundheitsförderung das zentrale Element eines Präventionsgesetzes. Gesundheitsförderung setze darauf, die Kompetenzen, das Selbstwertgefühl und die Selbstachtsamkeit der Menschen zu steigern und die aktive Teilhabe und Teilnahme an der

Gestaltung der eigenen Umwelt zu ermöglichen. Die GRÜNEN kritisieren, dass der vorliegende Gesetzentwurf keine Wirkung entfalten werde, weil es nicht gelinge, Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen, zu organisieren und in den Alltagswelten dauerhaft zu verankern. Schlüsselbegriffe einer grünen Gesundheitsförderungs politik seien das Ziel der Chancengerechtigkeit, des Alltagsweltbezugs, der Partizipation, der Langfristigkeit und der Einbeziehung aller wesentlichen Akteure einschließlich der Bürgerinnen und Bürger.

Im Einzelnen fordern die GRÜNEN, dass der Fokus eines Präventionsgesetzes stärker auf vulnerable Gruppen wie Arbeitslose, Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit einer Beeinträchtigung gerichtet werden müsse. Bei der betrieblichen Prävention müssten besonders die kleinen und mittleren Betriebe unterstützt werden. Gemeinsam von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern sollen nationale Gesundheitsförderungsziele entwickelt werden. In der Umsetzung soll auf bereits etablierte und bewährte Koordinierungsstrukturen zurückgegriffen werden. Die Qualität und Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung soll bundeszentral über die BZgA gesteuert werden. Gesundheitsberichterstattung und Forschung über Gesundheitsförderung sollen ausgebaut werden. In die Finanzierung der Gesundheitsförderung sollen alle Sozialversicherungsträger, die privaten Kranken- und Pflegekassen sowie Bund, Länder und Kommunen einbezogen werden. Konkret fordern die GRÜNEN, dass die Mindestausgaben pro Versicherten bis 2020 um weitere 40 Prozent von 7 Euro auf 10 Euro angehoben werden sollen. Die Erhöhung um weitere 3 Euro soll ausschließlich in die Förderung der Alltagswelten (Settings) fließen.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband teilt die Kritik der GRÜNEN an einem verkürzten Begriff von primärer Prävention und Gesundheitsförderung. Wie oben ausgeführt, geht es bei primärer Prävention nicht nur um die Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken, sondern gezielt um die Vermeidung und Verringerung von Risikofaktoren für die Entstehung von Krankheiten. Auch nach unserer Auffassung greift vor allem der im Gesetzentwurf gewählte Ansatz von Gesundheitsförderung grundsätzlich zu kurz: Nach der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zielt Gesundheitsförderung auf einen Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt, um ein größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen. Praktisches Ziel von Gesundheitsförderung muss somit die Stärkung der Kompetenzen, des Selbstwertgefühls und der Selbstachtsamkeit sein, wie auch im Antrag der GRÜNEN beschrieben. Voraussetzung dafür ist die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und Lebensumstände. Daher ist Gesundheitsförderung untrennbar mit dem Ziel der Verringerung von sozial und auch geschlechtsspezifisch bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen verbunden.

Auch aus unserer Sicht ist Gesundheitsförderung somit eine gesamtgesellschaftliche und politikfeldübergreifende Querschnittsaufgabe. So ist die Verringerung von Lärm und Luftverunreinigung keine Aufgabe des Gesundheitswesens, sondern der Verkehrs- und Baupolitik. Wie schon oben zum Gesetzentwurf ausgeführt halten daher auch wir es für geboten, in die Nationale Präventionskonferenz neben dem Gesundheitsministerium auch die Bundesministerien Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Verkehr und Wohnen, Umwelt, Ernährung und Verbraucherschutz sowie Bildung und Forschung einzubinden.

Unabhängig davon, ob man den Begriff „Setting“ mit „Alltagswelt“ oder mit „Lebenswelt“ übersetzt, halten auch wir eine Fokussierung auf die Gesundheitsförderung und Primärprävention in den Settings für den richtigen Ansatz. In die nicht-betrieblichen Settings fließen laut Gesetzesentwurf bisher nur 2 der insgesamt 7 Euro für Gesundheitsförderung. Der Deutsche Caritasverband unterstützt die GRÜNEN in dem Ansinnen, weitere Mittel in die nicht-betrieblichen Settings fließen zu lassen. Gesundheitsförderung und Primärprävention sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben, deren Finanzierung nicht allein aus Mitteln der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen erfolgen darf. Auch andere Ressorts müssen ihren Beitrag für die Gesundheitsförderung leisten. So kann beispielsweise das Programm „Soziale Stadt“ des Bundesumwelt- und Bauministeriums auch einen wesentlichen Beitrag zu Investitionen in das Wohnumfeld und die Sozialraumgestaltung leisten. In die Finanzierung von Gesundheitsförderung müssen sowohl Beitragsmittel der Sozialversicherungsträger als auch – und nicht zu einem unerheblichen Anteil – Steuermittel fließen. Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung sind vor allem Klein- und Kleinstunternehmen zu unterstützen.

Auch wir sind der Auffassung, dass die BZgA bundeszentral die Rolle der Qualitätssicherung für Gesundheitsförderung und Primärprävention übernehmen soll, denn in diesem Bereich hat sie ihre Kernkompetenzen. Zur Qualität der Gesundheitsförderung gehört auch der Ausbau der Gesundheitsberichterstattung.

Insgesamt enthält der Antrag der GRÜNEN somit viele Elemente, die der Deutsche Caritasverband unterstützen kann.

Freiburg, 14.04.2015
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär

Kontakt:

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

Renate Walter-Hamann, Referatsleiterin Gesundheit, Rehabilitation, Sucht,
Deutscher Caritasverband, Tel. 0761 200 369; rene.walter-hamann@caritas.de

Caroline von Kries, Leiterin Arbeitsstelle Sozialrecht,
Deutscher Caritasverband, Tel. 0761 200 224; caroline.von.kries@caritas.de