

# Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände · Hausvogteiplatz 1, 10117 Berlin

17.04.2015

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Herrn Michael Thiedemann  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

Bearbeitet von  
Lutz Decker, DST  
Jörg Freese, DLT  
Uwe Lübking, DStGB

Telefon 0221 3771-305  
Telefax 0221 3771-409

per Mail: [michael.thiedemann@bundestag.de](mailto:michael.thiedemann@bundestag.de)

E-Mail:  
[lutz.decker@staedtetag.de](mailto:lutz.decker@staedtetag.de)

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 18(14)0099(17) gel. VB zur öAnhörung am 22.04. 15_Prävention 20.04.2015</p>
---

Aktenzeichen  
53.08.27 D

## Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 22. April 2015

- **Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ (Präventionsgesetz – PräVG) - BT-Drucksache 18/4282**
- **Antrag der Fraktion DIE LINKE „Gesundheitsförderung und Prävention konsequent auf die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ausrichten“ - BT-Drucksache 18/4322**
- **Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Gesundheit für alle ermöglichen - Gerechtigkeit und Teilhabe durch ein modernes Gesundheitsförderungsgesetz“ - BT-Drucksache 18/4322**

Ihr Schreiben vom 8. April 2015 – Geschäftszeichen: PA 14-5410-039

Sehr geehrte Damen und Herren,

die im Zusammenhang mit einem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention bestehenden Fragestellungen sind der kommunalen Seite ein ganz besonderes Anliegen. Von daher bedanken wir uns für die Einbindung im Rahmen des Anhörungsverfahrens zu einem Präventionsgesetz – PräVG sowie den weiteren Anträgen. Gerade deswegen bedauern wir es außerordentlich, dass auch an dieser Stelle die Durchführung des Anhörungsverfahrens wieder mit extremer Kurzfristigkeit erfolgt. Eine angemessene Beteiligung unserer Mitglieder wird uns dabei deutlich erschwert. Wir nehmen hierzu gleichwohl, mit einigen Einschränkungen die sich aus dieser Kurzfristigkeit ergeben, wie folgt Stellung:

## 1. Anliegen und Zielstellung des Gesetzentwurfs – Rolle der Kommunen

Den allgemeinen Zielen des Gesetzentwurfs stimmen wir ausdrücklich zu und begrüßen, dass die Bundesregierung einen erneuten Versuch unternimmt, Fragen der Gesundheitsförderung und der Prävention gesetzlich zu regeln. Auch die stärkere finanzielle Beteiligung der Krankenversicherung an den Kosten der Prävention ist richtig und ein wichtiger Schritt zur Stärkung der Prävention. Von einer breiten Bewegung hin zu mehr Prävention und Gesundheitsförderung profitieren finanziell ja insbesondere auch die Krankenversicherungen. Daher sollten sie sich an den präventiven Ausgaben auch stärker beteiligen. Es wäre wichtig sicherzustellen, dass die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht nur eine individuelle Verantwortung für Gesundheit fördert, sondern auch die Förderung von Rahmenbedingungen für Gesundheit zur Aufgabe hat. In diesem Sinne soll sich die GKV auch an dem Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen beteiligen, um das Maß an Selbstbestimmung der Bürgerinnen und Bürger über die Gesundheit zu erhöhen.

Dass andere Träger sich mit in der Verantwortung sehen, ist vielfältig und vielerorts in guter Weise gegeben. Auch bestehen verschiedene grundsätzliche Positionierungen von Institutionen zum Thema. Etwa hat der GKV-Spitzenverband in seinem Leitfaden Prävention zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V dem Setting Kommune eine besondere Bedeutung beigemessen. Beispielsweise hat auch der Deutsche Volkshochschulverband in seinem von uns Positionspapier „Volkshochschulen – starke Partner in Prävention und Gesundheitsförderung“, das wir unterstützen, beschrieben, wie sich die Volkshochschulen in diesen Bereich einbringen können. Das Zusammenspiel von Initiativen, Vereinen, Wohlfahrtsträgern oder anderer Strukturen ganz unterschiedlicher Bereiche muss aber vor allem örtlich gelingen und genau an dieser Stelle kann kommunales Agieren besonderen Nutzen stiften, wenn dies den Kommunen – auch finanziell – ermöglicht wird. Eine bessere Finanzausstattung der Kommunen ist deshalb auch von großer Bedeutung für eine alle Bevölkerungsgruppen erfassende Prävention.

Im vorliegenden Gesetzentwurf finden diese Aspekte und die kommunale Ebene zu wenig Berücksichtigung. Teilweise landesgesetzlich verpflichtet setzen die Kommunen schon heute erhebliche Mittel für präventive Maßnahmen ein. Sie sind als Handlungsträger mit expliziter Gemeinwohlverpflichtung in die bevölkerungs- und gruppenbezogene Gesundheitsfürsorge und -vorsorge einbezogen. Insbesondere benachteiligten Zielgruppen wird durch sie der Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens ermöglicht. Die Kommunen spielen eine ganz besonders wichtige Rolle, weil neben dem direkten finanziellen Mitteleinsatz die multiprofessionelle Kompetenz der kommunalen Fachkräfte in den unterschiedlichsten Ämtern und Fachdiensten eingebracht wird und ein besonderes Potential für eine örtliche Koordinierung besteht.

Gerade im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung spielt der örtliche Netzwerkgedanke eine besondere Rolle, der etwa im Rahmen kommunaler Gesundheitskonferenzen mit Erfolg umgesetzt wird. Dieses Zusammenwirken verschiedenster Akteure auf kommunaler Ebene bedeutet ein großes Potential – auch für alle vorgesehenen zusätzlichen Mittel. Damit diese jedoch bestmöglich wirken können, sollten vor allem die örtlichen Strukturen genutzt und unterstützt werden und nicht zuvorderst auf Bundes- und Landesstrukturen gesetzt werden. Die Begriffe Lebenswelt, Kooperation und Koordination werden zwar richtigerweise aufgegriffen. Es erfolgt aber eine nur unvollständige Fokussierung auf den nahen, lebensweltlichen Bereich. Gerade hier müsste, auch finanziell, ermöglicht werden, örtlich bedarfsgerecht zu koordinieren und zu steuern. Die Kommunen erbringen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung bereits derzeit – gewissermaßen in Vorleistung – in nicht unerheblichem

Umfang Leistungen auf verschiedenen Ebenen. Insbesondere in der Sozial- und Gesundheitsverwaltung werden bezogen u.a. auf die Settings Kita, Schule, Lebenswelt ältere Menschen und für Zielgruppen mit besonderem Bedarf wie Migrantinnen und Migranten, sozial benachteiligte Familien, von Gewalt betroffene Frauen, von Alkoholmissbrauch gefährdete Jugendliche, Pflegebedürftige, psychiatrieeerfahrene Menschen u.a. primär- und sekundärpräventive Angebote vorgehalten. Im Sinne einer Weiterentwicklung dieser Präventionsarbeit wäre eigentlich eine Koordination dieser Aufgaben und Angebote auszubauen. Entsprechende koordinierende Aufgaben der Kommunen und die örtlichen Kooperation zu unterstützen, sollte stärker in den Entwurf eines Präventionsgesetzes aufgenommen werden. Hier eingesetzte **und** hier koordinierte Mittel zeigen eine bessere Wirkung, als wenn Bundes- oder Landesebene zu örtlichen Bedarfen entscheiden.

Insgesamt ist die kommunale Einbindung in Präventionsaktivitäten, die vor allem vor Ort, in kommunalen Settings stattfindet, deutlich zu kurz gekommen. Dabei gilt es doch, örtlich bereits vorhandene Strukturen zu berücksichtigen und ggf. auch auszubauen. Wir fürchten hier weitere Doppelstrukturen und zusätzlichen Aufwand für alle Akteure. Besser zu berücksichtigen wäre hier der zumeist kommunal getragene öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) in seiner zentralen Koordinierungsfunktion, die Arbeitskreise für Prävention und Gesundheitsförderung und die in vielen Kommunen bestehenden Gesundheitskonferenzen. Der ÖGD wird zwar in der Gesetzesbegründung zutreffend als Akteur der Gesundheitsförderung erwähnt, dass aber vielfältige Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Prävention auf kommunaler Ebene erbracht werden, ist im Gesetzesentwurf nicht ausreichend berücksichtigt. Die Kommunen nehmen eine Schlüsselposition in der Vernetzung und Koordinierung verschiedener Akteure und Fragestellungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ein, arbeiten sozialraumorientiert, kleinräumig, lebenswelt- und lebensrealitätsorientiert und kennen die lokale Umsetzungs- und Zugangsebenen am besten. Das ist gerade im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention dringend geboten. Potentiale der Kommunen müssten im Gesetz daher weitaus besser unterstützt, genutzt und verstärkt ausgebaut werden.

## 2. Zu Einzelregelungen

- Hinsichtlich der Einbindung der BZgA bei der Umsetzung von Prävention in Lebenswelten, sieht der Regierungsentwurf vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gem. § 20a Abs. 3 SGB V die BZgA zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen zur Prävention in Lebenswelten beauftragt. Die BZgA erhält dafür mindestens 35 Mio. Euro. Die Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten werden gem. § 20f SGB V über Landesrahmenvereinbarungen unter Berücksichtigung der regionalen Erfordernisse auf regionaler Ebene vereinbart. Zur Einbindung der BZgA erhielten wir unterschiedliche Rückmeldungen aus unserer Mitgliedschaft. Zum einen wurde die settingorientierte Einstellung, die besondere Berücksichtigung sozial Benachteiligter Gruppen und das dementsprechende Themengrundverständnis der BZgA besonders anerkannt. Allerdings wurde andererseits auch befürchtet, dass eine Abstimmung mit der Bundesorganisation BZgA unnötigen Verwaltungsaufwand generiert und bereits erprobten Verfahren in den Ländern zuwider laufen könnte und das daher kassenübergreifende Aktivitäten auch ohne die BZgA angestrebt werden sollten. Demzufolge wäre stattdessen die Sicherstellung von Zielorientierung und Qualität in der Gesundheitsförderung und Prävention und deren Evaluation über ein nationales Kompetenzzentrum zu gewährleisten, das dann bei der BZgA angesiedelt sein könnte. Die BZgA erhielte demzufolge einen Teil der Mittel für bundesweite Kampagnen zur Prävention.

Die nun beinhaltete Miterwähnung der kommunalen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende etwa in § 20a Abs. 1, letzter Satz SGB V ist grundsätzlich zu begrüßen. Inhaltlich könnte hier zudem noch sinngemäß wie folgt ergänzt werden: „Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist **sowie für präventive Maßnahmen** arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende eng zusammen.“

- In § 20a Absatz 2 SGB V sollte klargestellt werden, dass die Krankenkassen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu erbringen hat und dafür mindestens die nach § 20 Absatz 6 Satz 2 vorgesehenen Mittel einzusetzen hat. Darüber hinaus sollte die Formulierung „mit einer angemessenen Eigenleistung“ in §20a Abs.6 Satz 2 gestrichen werden. Der unbestimmte Rechtsbegriff wird zu Auslegungsstreitigkeiten über die Angemessenheit führen. Zumindest muss in Gesetzesbegründung beispielhaft ausgeführt werden, was unter Eigenleistung zu verstehen ist, welche Eigenleistung als angemessen anzusehen ist und durch wen die Eigenleistung zu erbringen ist.
- Die Förderung von bundes- und landeszentralen Strukturen sollte nach unserem Erachten nicht im Vordergrund eines Präventionsgesetzes stehen. Wenn aber Strukturen auf diesen Ebenen gleichwohl geschaffen werden, wie etwa die Nationale Präventionskonferenz gemäß § 20e SGB V, so wird es hier darauf ankommen, dass die kommunale Beteiligung nicht unterrepräsentiert ist, was bei einer vorgesehenen nur beratenden Stimme der Fall zu werden droht. Jedenfalls muss aber sichergestellt sein, dass zumindest jeder der drei kommunalen Spitzenverbände hier mit je einem Sitz vertreten sein kann.
- Hinsichtlich des § 20f SGB V halten wir Anpassungen mit folgender Zielrichtung für notwendig: In den letzten Jahren ist deutlich geworden, dass zielgerichtete, verbindliche und effektive Koordinierung und Kooperation Voraussetzungen sind, Gesundheitsförderung und Prävention erfolversprechend umzusetzen. Deshalb muss in dem Präventionsgesetz das in diesem Kontext mögliche Maß an Regelung getroffen werden, um eine verstärkte und verbindliche Koordinierung und Vernetzung, auf den Handlungsebenen Bund, Länder und Kommunen zu fördern. Es ist gesetzlich eindeutig zu klären, dass Sozialversicherungsträger sowie Länder und Kommunen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten und in Wahrnehmung einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung gemeinsam darauf hinwirken, die gemeinsam vereinbarten Ziele von Prävention und Gesundheitsförderung zu erreichen. Zur Förderung dieser Aufgabe haben sich die Sozialversicherungsträger regelmäßig mit den für Prävention und Gesundheitsförderung von den Ländern und Kommunen zuständigen Stellen und Diensten über die regionalen Erfordernisse von Gesundheitsförderung und Prävention abzustimmen. Festlegungen zum Verfahren der Abstimmung sowie der zu beteiligenden Stellen und Dienste werden im Rahmen von Rahmenvereinbarungen getroffen. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass bisherige Maßnahmen und Programme in Ländern und Kommunen weiterhin Bestand haben können.
- Das Modell der Zusammenarbeit nach § 21 SGB V im Bereich der Zahngesundheit (Gruppenprophylaxe) wird von unseren Mitgliedern als erfolgreich beschrieben. Wir fordern daher die Ausweitung auf weitere Bereiche wie Impfen (§ 20d a.F.) und Soziotherapie (§ 37 a). Die Regelung in § 20d a.F. läuft bislang zumeist leer. Die Krankenkassen sind daher zu verpflichten, sich in größtmöglichem Umfang an den Kosten von

Impfaktionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu beteiligen, dies umfasst neben den Kosten des Impfstoffs auch Personal- und Sachkosten.

- Die Ausweitung des Anspruchs von Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren ist uneingeschränkt zu begrüßen (§ 26 SGB V). Dabei ist es aber wichtig, dass die Präventionsempfehlungen der Hausärzte nicht nur die Individualprävention im Blick haben, sondern auch auf die Präventionsprogramme im Sozialraum der jungen Menschen hinweisen und über diese auch ausreichend informiert sind.

Die sinnvolle Regelung in § 37 a SGB V (Soziotherapie) läuft derzeit leer, weil durch extrem niedrige Vergütungssätze bei gleichzeitig hohen Anforderungen an die Strukturqualität seit Jahren eine Leistungserbringung in diesem Bereich, der ansonsten sehr erfolgreich Krankenhausbehandlungen vermeiden oder verkürzen könnte, völlig unwirtschaftlich ist. Gerade vor dem Hintergrund der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen ist die Soziotherapie zu stärken, um den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung dieser besonders vulnerablen Personengruppe zu stärken.

- Anzumerken ist, dass Gesundheitsförderung und Prävention mittlerweile auch besonders die psychische Gesundheit betrifft. Daher sollten Überlegungen zur Förderung seelischer Gesundheit und Prävention, psychischer Erkrankungen bzw. auch lebensbedrohlicher Verhaltensweisen wie z. B. Suizidalität noch mehr als bisher Eingang in ein Präventionsgesetz finden.
- Für den Bonus als Geldleistung gemäß § 65a ist geplant, ihn von einer ‚kann‘ in eine ‚soll‘-Leistung zu ändern. Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20) sollen aber nach § 20 „insbesondere zur Vermeidung sozial bedingter [...] Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen“. Mit diesen Bonusleistungen werden aber in erster Linie Versicherte belohnt, die ohnehin in der Lage sind, für ihre Gesundheit Sorge zu tragen. Diese Mitnahmeeffekte sollten vermieden werden. Stattdessen sollten Gesundheitsförderungsaktivitäten in Lebenswelten zusätzlich gestärkt werden, wo sie für die Zielgruppen gem. § 20 größere Wirkungen entfalten.
- Hinsichtlich der geplanten Änderungen im SGB VIII teilen wir das grundsätzliche Ziel, gerade auch in Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung gesundheitsfördernde und präventive Aspekte stärker zu verankern. Ob dies gelingt, wird nicht zuletzt davon abhängen, dass den Kommunen hierfür ein ausreichender finanzieller Spielraum, bereitsteht. Wir gehen davon aus, dass die qualitativ hochwertigen Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere auch bei den Hilfen zur Erziehung und den Eingliederungsleistungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen, bereits jetzt mit dem Ziel der Gesundheitsförderung angeboten werden und dies durch die finanziellen Rahmenbedingungen auch ermöglicht wird. Wenn es hier noch Nachholbedarf geben sollte, müsste dies im Wege einer fachlichen Diskussion mit den Leistungsanbietern erörtert werden und ggf. ein geeigneter Weg der Implementation sichergestellt werden. Wir halten es insgesamt für zweifelhaft, ob über eine Änderung des SGB VIII eine solche Zielstellung erreicht werden kann. Eine Verankerung in der Konzeption von stationären Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung als pflichtige Regelung erscheint problematisch, weil die Gesundheitsförderung bereits Teil des Auftrages der Hilfe zur Erziehung ist. Die Änderung des § 45 SGB VIII lehnen wir ab. Die Betriebserlaubnis in den Einrichtungen soll an die Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes gebunden werden. Dies wird nach unserer Auffassung durch die vorhandenen Rege-

lungen zur Betriebserlaubnis bereits abgedeckt und führt durch die unspezifische Formulierung eher zur Verunsicherung auf Seiten der Träger. Auf der anderen Seite fehlt eine verbindliche Regelung zur Zusammenarbeit, wie sie in § 81 SGB VIII normiert ist, im Präventionsgesetz.

- Die Schule als wesentlicher Bestandteil der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen wird zu wenig berücksichtigt. Zumindest Handlungsansätze müssten formuliert werden.
- Im Sinne der gesellschaftlichen Gesamtaufgabe von Gesundheitsförderung und Prävention und der Interventionen in Lebenswelten, die ja auch von Privat-Versicherten genutzt werden, sollte durchweg die Private Krankenversicherung (PKV) stärker verpflichtend eingebunden und an der Finanzierung beteiligt werden.

Der Auftrag aus dem Koalitionsvertrag und dem 87. GMK-Beschluss „alle Sozialversicherungsträger“ einzubeziehen erscheint nicht erfüllt. Der Einbezug der Grundsicherung für Arbeitssuchende ist deshalb zu ergänzen. Ein Finanzierungsbeitrag, mit dem sich die Arbeitslosenversicherung an den Aufgaben beteiligt, ist zu benennen. Insbesondere Langzeitarbeitslose gehören zu dem Adressatenkreis, der gem. § 20 PräVG angesprochen und erreicht werden soll. Diese Aufgabe kann nicht nur über Krankenkassenfinanzierung umgesetzt werden. Deshalb sollen alle Träger an den Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention mitwirken, die Sozialleistungen nach dem Sozialgesetzbuch erbringen.

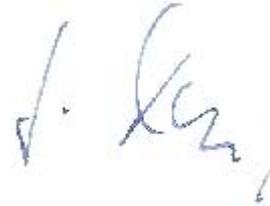
- Wir halten es für wichtig, dass Arbeitslose und Leistungsberechtigte nach dem SGB II explizit als Zielgruppe im Gesetzentwurf genannt werden und das Engagement der Krankenkassen für diese Zielgruppe deutlich steigen muss. Studien des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung weisen darauf hin, dass jeder dritte Leistungsberechtigte in der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) gesundheitliche Einschränkungen aufweist. In vielen Studien wird auf die Wechselwirkung zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit hingewiesen. Zu beachten ist auch, dass es vor allem schwierig ist, Arbeitslose und Leistungsberechtigte nach dem SGB II überhaupt zur Inanspruchnahme von Präventivmaßnahmen zu motivieren und dass daher eine Vernetzung und Integration der Angebote von Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung erforderlich ist. Dafür halten wir eine intensivere Zusammenarbeit zwischen den (kommunalen) Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende und der gesetzlichen Krankenversicherung für erforderlich. Chronische Erkrankungen und insbesondere auch psychische Erkrankungen sind oftmals Folge von Langzeitarbeitslosigkeit. Dennoch partizipieren Arbeitslose und Leistungsberechtigte nach dem SGB II nur in sehr geringem Maße von den Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Eine Hürde hierbei ist das Fehlen von zielgruppenspezifischen Maßnahmen. Eine weitere Hürde ist die Erhebung von Eigenanteilen, die die Betroffenen, häufig nicht aufbringen können. Deshalb sollten die Krankenkassen gesetzlich dazu verpflichtet werden, die Maßnahmekosten für Arbeitslose und erwerbsfähige Leistungsberechtigte des SGB II nach vorheriger Prüfung und Genehmigung der Maßnahme vollständig und direkt zu übernehmen.

- Die Soziale Pflegeversicherung sollte sowohl für den stationären, als auch ambulanten Bereich einbezogen werden. Der ambulante Sektor wächst in seiner Bedeutung, was auch durch entsprechende präventive Aktivitäten ausgedrückt werden muss. Prävention bezieht sich nicht nur auf die vollständige Verhinderung von Pflegebedürftigkeit, sondern auch auf die Vermeidung und Verzögerung steigender Pflegebedürftigkeit.

Mit freundlichen Grüßen  
In Vertretung



Verena Göppert  
Beigeordnete  
des Deutschen Städtetages



Jörg Freese  
Beigeordneter  
des Deutschen Landkreistages



Uwe Lübking  
Beigeordneter  
des Deutschen Städte- und Gemeindebundes