



Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0099(23)

gel. VB zur öAnhörung am 22.04.

15_Prävention

20.04.2015

**Stellungnahme des AWO Bundesverbandes
zum
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesund-
heitsförderung und der Prävention (Präventionsge-
setz – PräVG)**

Stand April 2015

Vorbemerkung

Der AWO Bundesverband bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG).

Das Verständnis der AWO von Prävention und Gesundheitsförderung orientiert sich an dem 1986 in der Ottawa-Charta beschriebenen Gesundheitskonzept. Demnach sollte sich eine zukunftsorientierte Gesundheitspolitik weg von der Vermeidung von Krankheit hin zur Förderung von Gesundheit umorientieren. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es einer breit angelegten politischen Verantwortungsübernahme, die nicht auf den Bereich der Gesundheitspolitik begrenzt bleiben kann und darf.

Gesundheitspolitik sollte die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit bzw. die Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit zum Anliegen haben. Wie einschlägige Statistiken und Forschungsergebnisse der vergangenen Jahrzehnte belegen, resultiert gesundheitliche Ungleichheit stark aus sozialer Ungleichheit. Sowohl die subjektive Einschätzung als auch der objektiv messbare Gesundheitszustand fallen in sozial benachteiligten Gruppen deutlich schlechter aus als bei Personen mit hohem Einkommen und hoher Bildung. Auch ist bekannt, dass Menschen mit einem geringen sozialen Status um Jahre früher sterben. Dies erfordert ein korrigierendes Eingreifen des Wohlfahrtsstaates, um die Teilhabe aller Menschen an den ökonomischen, sozialen und kulturellen Ressourcen gewährleisten zu können. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass eine ressourcenorientierte Prävention und Gesundheitsförderung an krankmachenden Lebensbedingungen ansetzen muss und sich nicht auf medizinische Prävention beschränken darf. Vielmehr ist eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik notwendig. Sie muss zum Ziel haben, gesundheitsfördernde Lebenswelten zu schaffen, in denen der Erhalt und die Förderung von Ressourcen zentral sind.

Der vorliegende Gesetzentwurf setzt an diesem Grundverständnis von Prävention an und ist damit bemüht, die Kritik am Gesetzentwurf der Vorgängerregierung aus dem Jahr 2012 abzumildern bzw. aufzulösen. Dabei legt der Gesetzgeber an vielen Stellen das dafür notwendige breite Gesundheitsverständnis an und zeigt sich bestrebt, das Thema nicht mehr nur auf den Bereich der medizinischen Versorgung zu begrenzen.

Die AWO begrüßt ausdrücklich folgende Regelungen im Gesetzentwurf:

- Primärpräventive Leistungen der GKV erhalten ein stärkeres Gewicht. Wir sehen darin eine Anerkennung des Potentials frühzeitiger Prävention und Gesundheitsförderung, wie es die AWO - insbesondere im Hinblick auf die demografische Entwicklung - stets betont.
- Die Verpflichtung der Kassen, einen bestimmten Betrag explizit für lebensweltbezogene Präventionsmaßnahmen bereitzustellen, hält die AWO für sinnvoll.
- Betriebliche Gesundheitsförderung gezielt zu stärken und mithin dem Betrieb als wichtiger Lebenswelt gerecht zu werden, sehen wir positiv. Die Einbeziehung der Betriebsärztinnen und -ärzte in den Kreis der mitwirkenden Akteure halten wir ebenfalls für sinnvoll.

- Die Fokussierung auf bestimmte Ziele erlaubt eine Bündelung der vielfältigen Kräfte im Sinne einer größeren Effizienz.
- Der Entwurf nimmt Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten achtzehnten Lebensjahr stärker in den Blick. Dies entspricht der Forderung der AWO, die in der Vergangenheit wiederholt auf diese Lücke an Begleitung und Unterstützung hingewiesen hat. In diesem Zeitfenster bestehen gute Chancen, Krankheiten zu vermeiden oder Störungen zu begegnen, die sich im späteren Lebensverlauf entwickelt oder verdichtet hätten.
- Der Entwurf zielt darauf ab, die Zielgruppe der pflegebedürftigen Menschen stärker als bisher an Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung teilhaben zu lassen.

Die AWO merkt folgende allgemeine Punkte kritisch an:

Insgesamt muss für den Gesetzentwurf konstatiert werden, dass eine Gesamtstrategie, die Prävention als komplexe Querschnittsaufgabe aller Politikfelder begreift und eine Harmonisierung der Sozialgesetzbücher anstrebt, sich in Ansätzen erkennen lässt, dass sie aber konsequenter und auf noch breiterer Ebene angegangen werden müsste. Grundsätzlich ist festzustellen, dass der Fokus des Gesetzentwurfs noch zu stark auf Verhaltensprävention abzielt und der Änderung von Verhältnissen ein zu geringes Gewicht beimisst. Besonders verhältnispräventive Maßnahmen können (nur) im Zusammenspiel mit anderen Politikressorts gelingen. Zu nennen sind hierbei z.B. die Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Forschungs-, Wirtschafts-, Umwelt-, Verkehrs-, Familien- und Ernährungspolitik.

Auch wenn die Bedeutung lebensweltorientierter Präventionsansätze deutlich an Gewicht gewonnen hat, halten wir die Ausrichtung des Gesetzentwurfs noch immer zu stark auf den gesetzlichen Rahmen des SGB V begrenzt. In der Fokussierung auf das SGB V sieht die AWO die Gefahr einer Einengung auf ein überwiegend medizinisches Präventionsverständnis. Selbst bei einer Beschränkung auf das SGB V ist es fachlich nicht begründbar, weshalb neben der ärztlichen Berufsgruppe andere Gesundheitsprofessionen nicht ebenfalls in Beratung, Aufklärung und Schulung eingebunden werden sollen. Auch fehlt der Verweis auf die Notwendigkeit der Vernetzung und Kooperation der Ärztinnen und Ärzte mit anderen lokalen Akteuren im Gesundheitswesen respektive in den Lebenswelten der Menschen.

Auch die Selbsthilfe findet bis auf die Einbeziehung in die ständige Präventionskonferenz keine Erwähnung als Kooperationspartner. Insgesamt finden sich nur wenige Ansätze einer stärkeren Einbeziehung der Betroffenen. Um die Gesundheitsförderung und Prävention von Menschen mit Behinderungen in jedem Lebensalter und allen Lebensbereichen zu stärken, bedarf es eines barriere- und diskriminierungsfreien Zugangs zu Angeboten und Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention. Aus dem Gesetzentwurf wird noch nicht deutlich sichtbar, an welchen Stellen hierbei angesetzt werden soll.

Immer wieder werden im Gesetzentwurf die Absicht und das Ziel betont, die Gesundheitskompetenz und die Eigeninitiative der Bevölkerung bzw. des Einzelnen zu erhöhen und zu fördern. In der Mehrheit der Ausformulierungen des vorliegenden Gesetzentwurfes allerdings, sind die Bevölkerung und das einzelne Individuum eher passive Empfänger von Leistungen als aktiver Mitgestalter und Akteur. Eine vorwiegend paternalistische Pädagogik scheint nicht zielführend bei der Ausbildung von

Gesundheitskompetenz und der Förderung von Eigeninitiative und Selbstbestimmung.

Für kritisch erachten wir, dass das Teilkaskosystem der Pflegeversicherung an der Leistungsfinanzierung originärer Krankenkassenleistungen - wie es Prävention ist – beteiligt werden soll. Würden alle Sozialversicherungsträger an der Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung beteiligt, wäre dagegen nichts einzuwenden. Die Eingrenzung jedoch auf einige wenige Sozialversicherungsträger und dann auch noch auf ein Teilkaskosystem wie das SGB XI, halten wir nicht für angemessen.

B. Besonderes

Zu Artikel 1 Nr. 1: § 1 SGB V

Eigenverantwortung

In seiner derzeitigen Fassung stellt § 1 SGB V bereits klar, dass Erhalt, Wiederherstellung oder Verbesserung von Gesundheit im Zusammenwirken des Sozialversicherungsträgers und eigenen Anstrengungen des/der Versicherten erfolgt. Dem liegt die Vorstellung eines zwar vulnerablen und insofern unterstützungsbedürftigen, aber eben auch eigenverantwortlichen Menschen zugrunde. Eine weitere Betonung der Eigenverantwortlichkeit halten wir hingegen nicht für zielführend.

Unserer Auffassung nach sind es häufig zu geringe Handlungsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten, die Menschen darin behindern, die Fürsorge für ihre Gesundheit wahrzunehmen. Mitunter stellen ungesunde Verhaltensweisen auch einen Versuch dar, Belastungen wie Stress, Zeitmangel und finanzielle Nöte kurzfristig zu bewältigen. Letztlich auf lange Sicht schädigend, erlauben sie doch ein Funktionieren in den als unveränderbar wahrgenommenen Lebenszusammenhängen. Auch in gebildeten Schichten sind übermäßiger Alkoholkonsum und Bewegungsmangel zu verzeichnen, was darauf hindeutet, dass Wissen allein nur sehr bedingt hilft, solange Belastungen wie beispielsweise Stress am Arbeitsplatz weiter zunehmen. Daher hält die AWO die bisherige Formulierung zum Grundsatz der Eigenverantwortung § 1 SGB V für ausreichend. Wir befürchten, dass Sanktionsmaßnahmen v.a. sozial und damit auch gesundheitlich benachteiligte Gruppen treffen würden.

Zu Artikel 1 Nr. 2: § 2b SGB V

Geschlechtsspezifische Besonderheiten

Mit dem neuen § 2b werden Leistungen der Krankenkassen geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung getragen. Wir begrüßen, dass die aus der Forschung erhaltenen Erkenntnisse zu den Spezifika der Frauen- und Männergesundheit sowie deren gesundheitlicher Versorgung berücksichtigt werden. Jedoch erschließt sich uns nicht, wie die Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Besonderheiten im Konkreten erfolgen soll. Wir schließen uns der Forderung des Deutschen Müttergenesungswerkes (MGW) an, das bei dem zu fördernden Vorhaben explizit auch gender-, alters- und lebenslagenspezifische Konzepte zu nennen sind.

Zu Artikel 1 Nr. 4: § 20 SGB V

Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Grundsätzlich begrüßt die AWO eine Fokussierung der Präventionsbestrebungen auf Ziele der Primärprävention. Dass der Gesetzgeber eine Ausweitung auf den Bereich der Gesundheitsförderung vornimmt, halten wir für zeitgemäß und notwendig. Auch dass der Gesetzgeber die Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung mit dem klaren Ziel hinterlegt, dass hierdurch sozial bedingte wie auch geschlechterbezogene gesundheitliche Ungleichheit abgebaut werden soll und die Krankenkassen zur entsprechenden Leistungserbringung verpflichtet werden, begrüßen wir außerordentlich.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll unter Einbezug vielfältigen Sachverständigen Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen (z.B. Zielgruppen, Zugangswege, Bedarf, Inhalt, Methodik usw.) festlegen. Er soll ebenso die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten sicherstellen. Die AWO begrüßt, dass im Gesetzentwurf nun der Sachverständigenrat von Menschen mit Behinderungen aufgenommen wurde. Die AWO vermisst bei der Einbeziehung des Sachverständigenrates jedoch weiterhin die explizite Erwähnung der Gremien der Selbsthilfe bzw. der lebensweltlichen Akteure.

Künftig sollen die zu finanzierenden Leistungen individueller, verhaltensbezogener Prävention einheitlichen Qualitätsmaßstäben entsprechen und zertifiziert sein. Die zertifizierten Maßnahmen sollen von den Kassen im Internet veröffentlicht werden, was die Transparenz deutlich erhöht. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, da in der Vergangenheit viele, wenig zielführende individuelle Präventionsangebote aus marketingstrategischen Gründen von den Kostenträgern finanziert wurden. Insofern ist nachvollziehbar, dass künftig nur noch zertifizierte Präventionsangebote zugelassen werden sollen. Offen bleibt allerdings, wer die Zertifizierung durchführt. Bei der zertifizierenden Stelle sollte es sich um eine unabhängige und anerkannte Institution handeln. Die AWO gibt außerdem zu bedenken, dass bei aller Notwendigkeit zur Qualitätssicherung bei individuell ausgerichteten Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen die Spezifik des Einzelfalls nicht vereinheitlichten Qualitätsmaßstäben zum Opfer fallen sollte. Auch sollten bei der Evaluation und Qualitätssicherung der Maßnahmen zwingend die Adressaten der Leistungen einbezogen werden.

Die Festschreibung der sieben Gesundheitsziele, die im Kooperationsverbund gesundheitsziele.de erarbeitet wurden, erscheint aus Sicht der AWO wenig hilfreich. Zum einen ist die Aufnahme der Einzelziele statisch, während der Prozess der Zielsetzung im Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ dynamisch ist und eine Aktualisierung, Neugewichtung, Evaluation und Anpassung ermöglicht. Im Hinblick darauf, dass einige der sieben Gesundheitsziele aus dem Jahre 2003 stammen und erst kürzlich überarbeitet wurden, erscheint die Fixierung besonders fragwürdig.

Zum anderen kritisieren wir nach wie vor die Engführung auf große Volkskrankheiten. Dies wird dem Ziel, die Ungleichheit gesundheitlicher Chancen zu verringern, nicht gerecht. Vielmehr muss nach unserer Auffassung an den Ursachen von Erkrankungen angesetzt werden. Zudem ist zu prüfen, inwieweit die formulierten Gesundheitsziele soweit operationalisierbar sind, dass sie tatsächlich als Grundlage der Entwicklung von zielorientierten und zielgruppenspezifischen Präventionsangeboten genutzt werden können.

Wir begrüßen, dass der Kooperationsverband „gesundheitsziele.de“ im Jahr 2014 mit der Formulierung des Ziels „Alkoholkonsum reduzieren“ begonnen hat. Sollte es bei der Aufzählung dieser einzelnen Gesundheitsziele bleiben, ist die Erweiterung des dritten Gesundheitszieles „Tabakkonsum reduzieren“ zum Gesundheitsziel „Tabak- und Alkoholkonsum reduzieren“ zwingend erforderlich.

Der Konsum legaler und illegaler Drogen sowie süchtige Verhaltensweisen haben einen großen Anteil an der Entwicklung chronischer Erkrankungen. In der europäischen Region lassen sich 40 Prozent aller Erkrankungen und vorzeitigen Todesfälle auf nur drei vermeidbare Risikofaktoren zurückführen: Rauchen, Alkoholmissbrauch und Verkehrsunfälle, die selbst oft durch Alkohol verursacht werden (WHO 2011). Diese Zahlen unterstreichen die zentrale Bedeutung der Prävention von Sucht und riskantem Konsum psychotroper Substanzen für die Gesundheit der Bevölkerung.

Der Suchtprävention muss auch mit Blick auf die eklatanten Auswirkungen elterlicher Sucht auf die Kinder mehr Möglichkeiten gegeben werden. Die Kinder haben ein Leben lang mit den psychischen Auswirkungen zu kämpfen in Lebensverhältnissen groß geworden zu sein, in denen die elterliche Sucht und ihre Folgen im Vordergrund standen. Nicht selten, Experten gehen von 30 % aus, folgen die Kinder dem elterlichen Suchtverhalten. Immer und in jedem Fall ist ein gesundes Aufwachsen und eine gesunde Identitätsfindung der Kinder in hohem Maße beeinträchtigt. Experten gehen davon aus, dass jedes 6. Kind in Deutschland mit der Sucht eines oder mehrerer Familienangehöriger leben.

Im vorliegenden Gesetzentwurf wird darüber hinaus entgegen der in der Fachwelt üblichen Unterscheidung zwischen individueller und lebensweltbezogener Prävention durch die Ausformulierung der Eindruck erweckt, die betriebliche Gesundheitsförderung stelle eine eigene, dritte Form der Prävention dar. Der Betrieb gilt - neben Kita, Schule, Stadtteil usw. - jedoch als klassische Lebenswelt. Wir begrüßen, dass der allgemeine Fokus primärpräventiver Leistungen und damit einhergehend die Veränderung der Verhältnisse in den Lebenswelten der Versicherten zusätzlich um Leistungen - beispielsweise der betrieblichen Gesundheitsförderung in Werkstätten - für behinderte Menschen ergänzt wurde.

Der Entwurf sieht vor, ab 2016 von für jeden Versicherten zur Verfügung stehenden sieben Euro, zwei Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung aufzuwenden. Auch die AWO hält die Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung für eine sehr bedeutsame Aufgabe angesichts einer zunehmenden Anzahl - insbesondere psychischer - Erkrankungen - von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Allerdings stellt sich aus Sicht der AWO die Frage, warum dem Setting Betrieb gegenüber den zweifellos ebenfalls wichtigen Settings Kita, Universität, Altenpflegeeinrichtungen oder Quartier durch die höhere Mittelzuwendung mehr Bedeutung beigemessen wird.

Zu Artikel 1 Nr. 5: § 20a SGB V

Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Die AWO begrüßt ausdrücklich die geplanten Ergänzungen im § 20a zu den Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten. Hiermit erkennt der Gesetzgeber die Bedeutung und Vielfältigkeit der Lebenswelt für die Steigerung der gesundheitlichen Chancengleichheit an. Auch begrüßt die AWO, dass die Krankenkassen bei der Entwicklung gesundheitsförderlicher Strukturen die Versicherten

ebenso wie die für die Lebenswelt Verantwortlichen einbeziehen sollen. Begrenzend finden wir an dieser Stelle allerdings, dass sich die Beteiligung lediglich auf die Erhebung der Risiken und Potenziale der Versicherten und die Möglichkeiten der Ausgestaltung der Lebenswelt richtet. Eine konsequent partizipativ ausgestaltete Gesundheitsförderung und Prävention beteiligt die Versicherten und die für die Lebenswelt Verantwortlichen aber nicht nur bei der Erhebung notwendiger Daten und Fakten. Sie beteiligt diese auch bei der Entwicklung von zielgerichteten Maßnahmen, bei der Planung und Umsetzung sowie der Maßnahmenevaluation. Hier hielten wir einen weitergehenden Ansatz von Beteiligung für erforderlich, wenn Maßnahmen tatsächliche Wirkung entfalten sollen.

Unklar bleibt, was der Gesetzgeber in § 20a Abs. 2 meint, wenn er von einer angemessenen Eigenleistung der für die Prävention in Lebenswelten Verantwortlichen zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen nach § 20 f spricht. Auch wenn die Bundesregierung den Vorschlag des Bundesrates zur Streichung der Formulierung bereits abgelehnt hat, fordern wir eine Konkretisierung der Begrifflichkeit der „angemessenen Eigenleistung“. Im Interesse der Verantwortlichen und der Bereitschaft zur Entwicklung neuer präventiver Leistungsangebote ist eine rechtliche Klarstellung erforderlich.

Die in § 20 Abs. 3 hervorgehobene Rolle Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die ab dem Jahr 2016 mit der Durchführung kassenübergreifender Leistungen zur Prävention in Lebenswelten für die gesetzliche Krankenversicherung beauftragt wird, betrachten wir problematisch. Als Bundesbehörde verfügt sie weder über einen Kenntnisstand der Bedarfe vor Ort noch über die jeweiligen Strukturen. Konsequenter wäre es aus unserer Sicht, den Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ einzubinden, der von der BZgA 2003 initiiert wurde und wesentlich mitgetragen wird. In ihrer Vielzahl und Vielfältigkeit können die dortigen Kooperationspartner als Akteure, die mit ihren Gliederungen in den Lebenswelten aktiv sind, zielgerichtete und wirksame Maßnahmen umsetzen. Der Transfer guter Praxis wird durch die regionalen Knoten in allen 16 Bundesländern gewährleistet, in denen maßgebliche Akteure wie Städte und Gemeinden, Sozialversicherungsträger, Wohlfahrtsverbände etc. vernetzt sind und Maßnahmen durchführen, die auf die Gegebenheiten vor Ort abgestimmt sind und die Zielgruppen partizipativ einbinden. Aufgrund der institutionellen Struktur der BZgA ist anzuzweifeln, dass diese dazu geeignet ist, lebensweltbezogene Maßnahmen durchzuführen. Daher ist die Mittelzuwendung hier fraglich. Die AWO schlägt vor, stattdessen den oben genannten Kooperationsverbund mit der Durchführung zu beauftragen.

Für sinnvoll hält es die AWO, den Fokus der Präventionsmaßnahmen entsprechend dem Entwurf auf die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen sowie älteren Menschen zu legen. Es wäre jedoch begrüßenswert, weitere besonders vulnerable Gruppen einzubeziehen. So fehlt es beispielsweise bislang nachweislich an wirksamen und finanzierten Maßnahmen der Gesundheitsförderung für psychisch kranke Menschen, suchterkrankte Menschen, Opfer von Gewalttaten, mehrfachbehinderte Menschen, Erwerbs- und Wohnungslose sowie Flüchtlingen. Auch gilt dies besonders für Kinder und Jugendliche aus solch belasteten Familien. In diesem Kontext stellt die Familie auch eine besondere Rolle dar: Wir unterstützen die Auffassung des MGW, dass ergänzende Strategien und Initiativen zur Stärkung der Beratungsdienste und Institutionen fehlen, die im direkten Kontakt mit Familien eine Stärkung ihrer Gesundheitskompetenzen verfolgen.

An dieser Stelle möchte der AWO Bundesverband auch darauf verweisen, dass Menschen mit Assistenzbedarf der gleichberechtigte, wohnortnahe und barrierefreie Zugang zu Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten in Begleitung einer Person ihres Vertrauens ermöglicht werden muss. Diese besonderen Unterstützungsbedarfe wurden im vorliegenden Gesetzentwurf nicht ausreichend bis gar nicht berücksichtigt. Damit werden teils systematisch Personengruppen von Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung ausgeschlossen, die einen erhöhten Leistungsbedarf aufweisen.

Zu Artikel 1 Nr. 6: § 20b SGB V

Betriebliche Gesundheitsförderung

Die AWO begrüßt, dass die Kassen per Gesetz angehalten werden sollen, Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen zum Themenkomplex der betrieblichen Gesundheitsförderung zu beraten und zu unterstützen. Dabei sollen bereits vorhandene regionale Strukturen genutzt werden. Auch begrüßen wir, dass die Kompetenz der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie der Fachkräfte für Arbeitssicherheit künftig stärker berücksichtigt werden soll, indem sie an der Ausführung von Leistungen in Betrieben beteiligt werden.

Die AWO macht jedoch darauf aufmerksam, dass Leistungen zur betrieblichen Prävention Handlungsfelder unterschiedlicher Sozialleistungsträger sind. Der geltende § 20a SGB V bestimmt bereits, dass die Krankenkassen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung mit den zuständigen Unfallversicherungsträgern zusammenarbeiten müssen. Aufgrund der Relevanz des Themas betriebliche Gesundheitsförderung sowie der Vielzahl der beteiligten Akteure hält die AWO es für wichtig, diesbezüglich abgestimmte Strategien zu entwickeln. Wir schlagen vor, Prävention und Gesundheitsförderung im Setting ‚Betrieb‘ in eine bundesweite Präventions-Plattform (z.B. nationaler Präventionsrat) einzubeziehen. Insofern begrüßen wir es, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen per Gesetz dazu angehalten wird, die Zusammenarbeit mit der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz zu intensivieren und die Arbeitsschutzstrategie sowie die Arbeitsschutzziele stärker zu berücksichtigen.

Im Gesetzentwurf fehlen Regelungen für spezifische Maßnahmen, mit denen v.a. der Zunahme psychischer Erkrankungen entgegengewirkt werden kann. Hier wäre eine Konkretisierung wünschenswert. Besonders verhältnispräventive Maßnahmen in Betrieben können zu einer Verringerung der Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit beitragen sowie eine vorzeitige Berentung vermeiden helfen.

Zu Artikel 1 Nr. 8: § 20d

Nationale Präventionsstrategie

Die AWO steht dem Entwurf einer Präventionsstrategie grundsätzlich positiv gegenüber. Ohne eine solche Strategie fehlen sowohl das Verbindungselement zwischen den Einzelmaßnahmen wie auch die künftige Ausrichtung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Eine Strategie sollte die Verantwortlichkeiten festlegen und einen Rahmen schaffen, der für die Akteure in diesem Handlungsfeld

richtungsweisend ist. Dass die Strategie auch ein impliziertes Berichtswesen enthalten soll, halten wir für richtig und zwingend geboten.

Wir bedauern, dass die Strategie im Gesetzentwurf eher operativ und verfahrenstechnisch als inhaltlich gefasst wird. Dass die Strategien lediglich von denen, die in der Finanzierungsverantwortung der Maßnahmen stehen, entwickelt werden sollen, halten wir für bedenklich und lehnen ein solches Vorgehen ab. Wir befürchten, dass hierdurch wirtschaftliche und nicht inhaltliche Überlegungen im Zentrum der Strategie stehen werden. Die Strategie sollte vielmehr auf der Grundlage der bereits vorliegenden Erkenntnisse der Gesundheitswissenschaften basieren und in Kooperation mit den lebensweltlich relevanten Akteuren der Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt werden. Wichtig ist das Einbeziehen zivilgesellschaftlicher Akteure bei dem Vorhaben „gesamtgemeinschaftliche“ Prävention.

Hervorzuheben ist, dass im Präventionsbericht auch gesondert die Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen Beachtung finden müssen. Besonders sollten bei der Erhebung relevanter Informationen auch die Lebenslagen von vulnerablen Gruppen, wie z.B. älteren Menschen, suchterkrankten Menschen, Flüchtlingen, Arbeitslosen, Wohnungslosen, fokussiert werden. Weiterhin sollte eine geschlechterdifferenzierte Datenerhebung und Evaluation gesetzlich verankert werden. Auf diese Weise kann nur sichergestellt werden, ob die in § 2b SGB V festgelegte Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Besonderheiten auch umgesetzt wird.

Wir unterstützen die Forderung des Bundesrates - und begrüßen das Prüfen durch die Bundesregierung -, dass die bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nicht im Benehmen, sondern „im Einvernehmen“ mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium des Innern und den Ländern vereinbart werden.

Zu Artikel 1 Nr. 8: § 20e

Nationale Präventionskonferenz

Die AWO bewertet es als positiv, dass ein Gremium geschaffen werden soll, das die aktuellen Anstrengungen zum Thema Prävention in Deutschland bündelt und Wege der Weiterentwicklung aufzeigt. Die AWO spricht sich für einen institutionellen Rahmen aus, der durch die demokratische Beteiligung aller maßgeblichen Akteure (Zivilgesellschaft, staatliche Stellen, Sozialversicherungsträger) und eine transparente Wahl der Entscheidungsgremien gekennzeichnet sein soll. In einem solchen Rahmen soll eine Verständigung auf gemeinsame Handlungsfelder erfolgen und es sollen Entscheidungen getroffen werden, die eine hohe Verbindlichkeit für die Akteure haben. Damit sollte der zunehmenden Segmentierung und Ausdifferenzierung der Sozialversicherungsbereiche ein machtvoller Akteur gegenübergestellt werden, der Gesundheitsförderung als wichtige Querschnittsherausforderung in die verschiedenen Politikstrategien hineinbringen könnte. Als mögliche Option schlägt die AWO eine Plattform von Akteuren vor, die institutionell beispielsweise an die BZgA angebunden sein und somit an bestehende und bewährte Strukturen anknüpfen könnte.

Die Konzeption einer Nationalen Präventionskonferenz erscheint nach unserer Auffassung bisher noch vage. Es ist unklar, welcher konkrete Arbeitsauftrag dem Gremi-

um obliegt und welche Verbindlichkeit den Empfehlungen der Konferenz zukommen soll. Auch ist insbesondere fraglich, wie der Transfer der Ergebnisse in die Praxis und regionalen Strukturen erfolgen soll.

Weiterhin muss klar herausgestellt werden, welche spezifische Rolle und Funktion das Präventionsforum innehat, wie die fachliche Rückkopplung mittels einer Fachkonferenz erfolgen soll und wie die Mitglieder des Forums gezielt am Prozess partizipieren können. Wir wollen darauf aufmerksam machen, dass auch die Wohlfahrtsverbände an der nationalen Präventionskonferenz beteiligt werden sollten. Schließlich handelt es sich um die Organisationen, die unmittelbar vor Ort Zugang zu den unterschiedlichen Lebenswelten und hier in besonderem Maße zu sozial benachteiligten Menschen haben. Weiterhin schlagen wir vor, dass nicht die BZgA, sondern das Bundesministerium für Gesundheit den Vorsitz der Präventionskonferenz haben sollte.

Zu Artikel 1 Nr. 1: § 20f SGB V

Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

Als Trägergruppe des Müttergenesungswerkes (MGW) unterstützt die Arbeiterwohlfahrt die Forderungen der Ergänzungen nach § 20f SGB V.

Im Zuge der auf Landesebene abzuschließenden Rahmenvereinbarungen müssen sich aus Sicht der AWO die Vereinbarungspartner auf gemeinsame Landesprogramme verpflichten, die auch eine angemessene Finanzierung beinhalten. Die Länder sollten in diesem Rahmen zu einer arbeitsfähigen Beratungs- und Infrastruktur, insbesondere für die gesundheitliche Beratung zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter verpflichtet sein. Zudem sollte geregelt werden, wie sich die Kommunen an der Umsetzung der Vereinbarung beteiligen.

Die Trägergruppen, darunter die AWO, bieten im Verbund des Müttergenesungswerkes Müttern und Vätern ein bundesweites Netz mit Beratungsstellen für Mütter-/Väter- und Mutter-Kind-/Vater-Kind-Maßnahmen (§ 24 SGB V). Hierbei handelt es sich um ein niederschwelliges Beratungsangebot mit ganzheitlichem und präventivem Ansatz. Die Beratungsstelle ist häufig eine erste Anlaufstelle für Mütter und Väter mit Gesundheitsproblemen und belastenden psychosozialen Kontextfaktoren. Sie dient zur Klärung und Definition dieser Probleme und als Wegweiser zu spezialisierten Gesundheitsangeboten wie Mütter-/Väter- und Mutter-Kind-/Vater-Kind-Maßnahmen nach § 24 SGB V. Mit individueller Unterstützung beim Antragsverfahren, gezielter Vorbereitung auf die Maßnahme und mit Nachsorgeangeboten sichern sie die positiven Behandlungseffekte und die Nachhaltigkeit der Maßnahmen. Mit diesem wohnortnahen Beratungs- und Nachsorgeangebot halten die Beratungsstellen im Müttergenesungswerk eine beispielhafte vernetzte gesundheitliche Versorgung vor, die einer Finanzierung und Berücksichtigung im Präventionsgesetz bedarf.

Die AWO folgt dem Vorschlag des Müttergenesungswerkes, dass in § 20f nach Punkt 6 folgender Satz eingefügt wird:

„Die Vereinbarungspartner verständigen sich auf Gemeinschaftsprogramme zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von nichtbetrieblichen Lebenswelten, in die mindestens 50% der Mittel nach § 20 Abs. 4 Punkt 2 fließen.

Den Ländern obliegt die Schaffung einer arbeitsfähigen Kooperations-, Beratungs- und Infrastruktur. Sie verpflichten sich gemeinsam mit den Verbänden der Freien

Wohlfahrtspflege zur Unterstützung einer Beratungsstruktur, insbesondere der gesundheitlichen und psychosozialen Beratung zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter“.

Zu Artikel 1 Nr. 11: § 23 SGB V

Medizinische Vorsorgeleistungen

Dass mit dem Gesetzentwurf auch Menschen in besonderen beruflichen und familiären Belastungssituationen wie beispielsweise Schichtarbeit oder Pflege von Angehörigen Rechnung getragen werden soll, halten wir für ein wichtiges und richtiges Signal. Gerade dieser Personenkreis ist erheblich von gesundheitlichen Risiken durch die spezifische Lebens- und Arbeitssituation betroffen. Dadurch ist es ihnen oft nur schwer möglich, ausreichend Zeit für die Inanspruchnahme präventiver und gesundheitsfördernder Angebote aufzubringen. Zwar ist die tatsächliche Möglichkeit der Inanspruchnahme solcher Angebote auch von weiteren Faktoren abhängig. Der Gesetzgeber ist jedoch mit dieser Regelung bestrebt, die Hürden für die Inanspruchnahme der Leistungen zu reduzieren, indem er Sonderregelungen zulässt. Insofern begrüßen wir vorbehaltlos, dass für den genannten Personenkreis künftig unmittelbar ambulante Leistungen in anerkannten Kurorten in Anspruch genommen werden können und dass die Krankenkassen hier nicht auf die Möglichkeit verweisen dürfen, dass für die Versicherten entsprechende ambulante Maßnahmen am Wohnort ausreichen.

Zu Artikel 1 Nr. 14: § 25 SGB V

Gesundheitsuntersuchungen

Die Ausweitung des in § 25 Absatz 1 SGB V formulierten Leistungsanspruchs auf alters-, geschlechts- und zielgruppenspezifische ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte Präventionsberatung, wird von der AWO begrüßt. Aufgrund teilweise großer Impflücken bei den Erwachsenen begrüßt die AWO auch die Überprüfung des Impfstatus bei den Erwachsenen als präventionsorientierte Beratung.

Nach Auffassung der AWO sollte jedoch gewährleistet werden, dass die Beratungsleistung der Ärzte, die künftig in einer Präventionsempfehlung münden kann, auf *medizinische* Primärprävention begrenzt wird. Diese ist fraglos ein wichtiger Bestandteil einer Präventionskette und somit auch eine wichtige Ergänzung zu anderen, nichtmedizinischen Ansätzen. Nichtmedizinische Prävention sollte dagegen Professionen und Akteuren überlassen bleiben, die die dafür nötige Qualifikation mitbringen. Die AWO teilt die Auffassung des Gesetzgebers nur bedingt, dass die Qualifikation der Ärzte und das Vertrauensverhältnis zum Patient sie dafür prädestinieren, über die medizinische Prävention hinaus tätig zu werden. Weder die ärztliche Ausbildung noch die klassische Arzt-Patienten-Beziehung bilden eine ausreichende Grundlage für eine umfassende Präventionsberatung.

Primärprävention ist ressourcenorientiert und fördert möglichst frühzeitig eine gesunde Lebensweise, gleichzeitig zielt sie darauf ab, die dafür unterstützenden lebensweltlichen Rahmenbedingungen herzustellen. Damit wird deutlich, dass Primärprä-

vention nicht ausschließlich in den Aufgabenbereich von Ärztinnen und Ärzten gehört. Daher fordert die AWO, dass sich Ärzte mit den Akteuren der lebensweltlich orientierten Gesundheitsförderung vernetzen und mit diesen kooperieren.

Es ist zu bezweifeln, dass allein mit dem neu geschaffenen Leistungsangebot nach § 25 Absatz 1 SGB V die Zielgruppen erreicht werden, die am stärksten von Gesundheitsrisiken betroffen sind. Zumeist handelt es sich um Menschen in prekären Lebenslagen und mit geringerem sozialen Status. Wie Untersuchungen im Bereich der Versorgungsforschung zeigen, ist speziell diesen Personengruppen oftmals nicht bewusst, dass ihr Verhalten - objektiv betrachtet - gesundheitsgefährdend ist. Ebenfalls konnte die Versorgungsforschung nachweisen, dass in dieser Zielgruppe vielfach ein Verhalten vorzufinden ist, dass auf kurzfristige Bedürfnisbefriedigung zielt. Auch die Komm-Strukturen ärztlicher Angebote stellen für die genannten Zielgruppen nachweislich oft eine zu hohe Hürde dar. Eine Erhebung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) kommt zu dem Ergebnis, dass bei ca. 45% der GKV-Versicherten die Gesundheitskompetenz – d.h. die Fähigkeit gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und umzusetzen - problematisch, bei 14,5% gar unzureichend ist. Vor allem in Bezug auf Krankheitsbewältigung und Prävention wurde ein Kenntnisstand berichtet, der unterhalb des EU-Durchschnitts liegt (WIdO-monitor 2/2014).

Im Gesetzentwurf finden sich leider keine Ausführungen dazu, wie man die Erreichbarkeit speziell bei den genannten Zielgruppen ermöglichen, Hürden der Inanspruchnahme abbauen und die Gesundheitskompetenz erhöhen will.

Unserer Ansicht nach wäre die Etablierung von wohnortnahen, zugehenden, niedrigschwelligen, unabhängigen und multiprofessionell ausgerichteten Präventionsberatungsstellen hinsichtlich der professionellen Zuordnung und in Anbetracht der Zugangswege für besonders benachteiligte Personengruppen sinnvoll und zielführend.

Der Flexibilisierung der Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen durch eine Aufhebung der zweijährigen Intervallregelung, der Altersgrenze von 35 Jahren und der nicht abschließenden Aufzählung von Zielkrankheiten steht der AWO Bundesverband positiv gegenüber. Dabei sollen auch die jeweiligen Erfordernisse in den verschiedenen Altersgruppen Berücksichtigung erfahren. Hierdurch wird den vielseitigen und differierenden Versorgungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten namentlich auch der Menschen mit Behinderung - Rechnung getragen.

Zu Artikel 1 Nr. 13: § 26 SGB V

Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Die AWO begrüßt die mit dem Gesetzentwurf beabsichtigte Ausweitung der Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gefährden. Wir halten es für unverzichtbar, den Zielgruppenkreis auf versicherte Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten achtzehnten Lebensjahr auszudehnen. Hiermit erkennt der Gesetzgeber an, dass den Möglichkeiten zur Vermeidung von Risiken und Fehlentwicklungen im Kindes- und Jugendalter besonders effektiv begegnet werden kann. Außerdem kann bis zu diesem Lebensjahr einer erhöhten gesundheitlichen Vulnerabilität aufgrund von Wachstums- und Reifungsprozessen, aber auch aufgrund von Prägungen durch gesundheitsgefährdende Lebensstile des sozialen Umfeldes am wirksamsten be-

gegnert werden. In Anbetracht der Zunahme von lebensstilbedingten und psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist es zwingend erforderlich und aus unserer Sicht nur logisch, dass den Früherkennungsuntersuchungen ein weit gefasstes Gesundheitsverständnis zugrunde gelegt wird, das auch psychosoziale Aspekte der Krankheitsentstehung berücksichtigt.

Um entsprechende Konzepte entwickeln und realisieren zu können, spielt die Zusammenarbeit sowohl zwischen den verschiedenen Akteuren der Gesundheitspflege und der Jugendhilfe wie auch mit den Familien bzw. Kindern und Jugendlichen als Anspruchsberechtigte für Prävention eine zentrale Rolle. Darüber hinaus ist das System Schule als Lebensort von Kindern und Jugendlichen im Hinblick auf die Entwicklung und den Ausbau gesundheitsfördernder Strukturen in den Blick zu nehmen und zu gestalten.

Wir begrüßen das Vorhaben des Gesetzgebers, Familien künftig noch besser, zielgerichteter und frühzeitiger über niedrigschwellige und lebensweltliche Angebote der Gesundheitsförderung und über frühe Hilfen zu informieren und die Gesundheitskompetenzen in den Familien zu stärken. Allerdings vermissen wir konkrete Formulierungen, in welcher Weise die angesprochene Stärkung der Kompetenzen im Hinblick auf eine gesunde Lebensführung und Selbsthilfe, erreicht werden soll. Durch bloße Bereitstellung von Informationen und die Ausstellung einer Präventionsempfehlung werden insbesondere Zielgruppen mit hohem Hilfebedarf erfahrungsgemäß nicht adäquat erreicht. Es muss also darum gehen, neue Zugänge zu erproben, in Zusammenarbeit mit den Zielgruppen geeignete Angebote zu entwickeln und diese Angebote sinnvoll und zielführend in den jeweiligen Lebensalltag zu integrieren. Auch hier spielt die Zusammenarbeit von Diensten des Gesundheitswesens mit den sog. Regelsystemen Kita, Schule, Kinder- und Jugendhilfe eine entscheidende Rolle (Kontaktaufnahme, Erreichbarkeit, Bekanntheit, Erfahrungsbereich).

Die AWO hält es nicht für zielführend, die Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen einseitig in die Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten zu legen. Analog der Ausführungen zu § 25 Absatz 1 SGB V regt die AWO auch im Zusammenhang mit Präventionsangeboten für Kinder und Jugendliche an, verbindliche Regelungen zu treffen, die andere Fachprofessionen einbeziehen. Mit Blick auf die frühzeitige Erkennung von Risikopotentialen, vor allem auch bei Familien in benachteiligten Lebenslagen, und die Förderung ihrer Ressourcen ist es unabdingbar, alle Fachkräfte einzubeziehen, die mit diesen Familien zusammenarbeiten, beispielsweise Fachkräfte aus den Hilfen zur Erziehung wie Sozialpädagogischer Familienhilfe, Familienberatung, Familienbildung und Kindertagesbetreuung. Auch Familienpfleger/innen, Familienhebammen und Familiengesundheitspfleger/innen verfügen über spezifische Kompetenzen im Schnittfeld von Gesundheits- und Sozialpflege. Diese Kompetenzen einerseits ungenutzt zu lassen und andererseits naheliegende Zugänge nicht zu nutzen, läuft dem Anliegen des Präventionsgesetzes zuwider.

Wenn mit dem Gesetz beabsichtigt wird, die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu erhöhen, so auch die Gesundheitskompetenz von Familien, dann sind im Gesetzentwurf konkrete Maßnahmen bzw. Rechtsansprüche zu benennen, die eine solche Absicht rechtlich untermauern und inhaltlich füllen. Leider finden sich im gesamten Entwurf keine konkreten Quellen oder Hinweise. An dieser Stelle muss der Gesetzentwurf einen höheren Konkretisierungsgrad erreichen, wenn er mit mehr als nur deklaratorischem Wert ausgestattet werden und Wirkung erzielen soll.

Zu Artikel 1 Nr. 17: § 132f SGB V

Versorgung mit Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte

Die AWO hält es für einen wichtigen und richtigen Schritt, dass die Rolle der Betriebsärztinnen und -ärzte im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung künftig grundsätzlich gestärkt werden soll. Über die Ermächtigung, Schutzimpfungen in Betrieben durchführen zu können, soll mit der Ausweitung der Befugnis der Betriebsärzte der niedrigschwellige und unbürokratische Zugang zu Gesundheitsuntersuchungen ermöglicht werden. Im Kontext dieser Untersuchungen muss jedoch die Unabhängigkeit des Arztes, dessen Verschwiegenheit gegenüber dem Arbeitgeber sowie der Schutz sensibler, personenbezogener Daten gewährleistet sein. Zudem muss die ärztliche Wahlfreiheit des Patienten/ der Patientin unangetastet bleiben.

Zu Artikel 1 Nr. 20: § 140f SGB V

Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

Die AWO begrüßt, dass die Expertise und der Sachverstand von Menschen mit Behinderungen in dem Beratungsprozess sowohl im Rahmen der Präventionskonferenz als auch im Rahmen des Präventionsforums eingebracht werden soll. Wir möchten jedoch darauf verweisen, dass die volle und gleichberechtigte Teilhabe bei der Entwicklung der nationalen Präventionsstrategie nur verwirklicht werden kann, wenn das in der UN-BRK verankerte sogenannte Konsultationsprinzip („Nicht ohne uns über uns“; Art. 4 Absatz 3) strukturell verankert wird.

Artikel 4 Absatz 3 der UN-BRK besagt:

„Bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften und politischen Konzepten zur Durchführung dieses Übereinkommens und bei anderen Entscheidungsprozessen in Fragen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, führen die Vertragsstaaten mit den Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kindern mit Behinderungen, über die sie vertretenden Organisationen enge Konsultationen und beziehen sie aktiv ein.“

Aus Sicht der AWO bleibt im Gesetzentwurf unklar, ob die Mitglieder gleichermaßen stimmberechtigt sind.

Zu Artikel 5 Nr. 1: § 16 SGB VIII

Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie

Die AWO befürwortet die Ergänzung in § 16 SGB VIII, dass Angebote der Familienbildung auch Maßnahmen umfassen, die der Stärkung der Gesundheitskompetenz dienen. Somit erhält die Wahrnehmung von Aufgaben der gesundheitlichen Prävention als niedrigschwelliges Angebot der Kinder- und Jugendhilfe eine gesetzliche Grundlage. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention sind vielfach bereits Angebot z.B. der Familienbildung. Unabdingbare Voraussetzung ist jedoch die Umsetzung eines aufwandsreduzierten Zertifizierungsverfahrens für Präventionskurse und die Bereitstellung entsprechender Ressourcen, z.B. durch eine regelhafte Beteiligung der Kostenträger des Gesundheitswesens am Ausbau einer flächendeckenden Infrastruktur für Angebote niedrigschwelliger, primärpräventiver und lebensweltorientierter Bildung für Kinder, Jugendliche und Familien. Die Kosten dieses Ausbaus können nicht einseitig zu Lasten der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) gehen,

denn die KJH steht nicht weniger als die Gesundheitshilfe unter einem enormen Kostendruck, wenn es um die Umsetzung präventiver Leistungen geht. Sie ist aber überzeugt, dass frühzeitige, salutogenetisch orientierte Ansätze rentabel sind für das Sozialleistungssystem insgesamt.

Allerdings führt die Verortung im § 16 SGB VIII dazu, dass es den örtlichen Bedingungen und dem dort herrschenden politischen Konsens – evtl. unter Hintanstellung von Aspekten der Chancengleichheit - überlassen bleibt, die Umsetzung zu vollziehen. Gesundheit ist aber ein Gut mit Verfassungsrang, entsprechend sind Präventionsleistungen im Bereich der Gesundheitshilfen verbindlicher/ verpflichtender und allen gleichermaßen zugänglich zu gestalten.

Zu Artikel 5 Nr. 2: § 45 SGB VIII

Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung

In § 45 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 werden die Wörter „in der Einrichtung unterstützt wird“ durch die Wörter „und ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld in der Einrichtung unterstützt werden“ ersetzt.

Der Absicht des Gesetzgebers die Erteilung der Betriebserlaubnis an das Vorhandensein gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen zu knüpfen ist aus Sicht der Arbeiterwohlfahrt grundsätzlich verständlich. Dies kann aber nur dann geschehen, wenn zeitgleich die Kostenträger verpflichtet werden, den so entstehenden Mehraufwand auch finanziell zu tragen. Gerade im Bereich der Kindertageseinrichtungen wird aktuell eine sehr intensive Debatte um die Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen geführt (Bundesqualitätsgesetz). Dabei ist deutlich geworden, dass die strukturellen Rahmenbedingungen in keinem Bundesland den fachwissenschaftlichen Empfehlungen entsprechen. Des Weiteren zeigt sich eine erhebliche Spannweite zwischen den Bundesländern. Mit dem Gesetzesentwurf sollen jetzt weitere unzureichend definierte Anforderungen durch die Einrichtungen erbracht werden ohne dass hierfür entsprechende Mittel vorgesehen sind.

Zu Artikel 6 Nr. 1: § 5 SGB XI

Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

Obwohl mit Einführung der Pflegeversicherung der Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation vor Pflege“ gesetzlich verankert wurde, ist eine eklatante Unterversorgung mit Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in dieser Zielgruppe zu konstatieren. Insofern begrüßt die AWO, dass der Gesetzgeber in dem vorliegenden Entwurf Prävention und Gesundheitsförderung als eine zentrale und wichtige Leistung für pflegebedürftige Menschen anerkennt. Anders als bei den Präventionsleistungen für Kinder und Jugendliche konzentrieren sich die Leistungen bei dieser Zielgruppe auf lebensweltliche Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Auch wenn wir die Position vertreten, dass die Träger von Pflegeeinrichtungen und Diensten in der Verantwortung stehen, gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen, möchten wir darauf verweisen, dass darüber hinausgehende Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung Aufgabe der Krankenversicherung sind und somit konsequenterweise auch in deren Finanzierungsverantwortung liegen. Das

Vorhaben, Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung bei der Zielgruppe der Pflegebedürftigen durch Mittel der Pflegeversicherung zu finanzieren, lehnen wir aus diesem Grund strikt ab. Die Pflegeversicherung ist als Teilkaskoversicherung schon heute lediglich darauf reduziert, nur den Grundversorgungsbedarf der Pflegebedürftigen abzudecken. Die auch in den kommenden Jahren steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen wird die Ausgaben der Pflegeversicherung weiter in die Höhe gehen lassen. Dann werden die finanziellen Grundlagen der Pflegeversicherung kaum noch ausreichen, um den genannten Grundpflegebedarf abzudecken. Werden künftig nun auch "artfremde" Leistungen durch die Pflegeversicherung mit finanziert, für die eigentlich andere Sozialversicherungsträger zuständig sind, wird das zu einer Reduktion der heute bestehenden Leistungen der Pflegeversicherung führen. Umso höher wird die Eigenbeteiligung der Bevölkerung bei den Grundleistungen des SGB XI sein müssen, die heute noch durch die Pflegeversicherung abgedeckt werden. Wie z. B. auch beim Thema der medizinischen Rehabilitation ist auffällig, dass speziell bei älteren und pflegebedürftigen Menschen immer wieder versucht wird, Leistungen der Krankenversicherung in die Pflegeversicherung zu verlagern, was einer klaren Benachteiligung dieser Zielgruppe entspricht und ethisch nicht vertretbar ist.

Jetzt über das Präventionsgesetz Einzelmaßnahmen der Prävention im Bereich der Pflege - und dann auch ausschließlich im (teil-) stationären Bereich - einzuführen, entbehrt einer gewissen Systematik und Logik. Grundsätzlich benötigen wir ein anderes Pflegeverständnis, das Aktivierung und Ressourcenorientierung zum grundlegenden Paradigma der Pflege macht. Aktivierende und ressourcenorientierte Pflege ist in hohem Maße personal- und zeitintensiv. Mit den heutigen Rahmenbedingungen der Pflege und 30 Cent je Versichertem für Präventionsleistungen in diesem Setting kann eine solche Pflege kaum umgesetzt werden.

Die AWO hält eine Erweiterung der Leistungen nach § 5 SGB XI für den ambulanten, häuslichen Bereich für zwingend geboten. Wir stimmen nicht der Position der Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates zu, dass mit § 3 (Vorrang der ambulanten vor der stationären Pflege) der ambulante Bereich automatisch mitinbegriffen ist. Der Arbeiterwohlfahrt ist wichtig, dass Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderung besonders auch im Vorfeld von Krankheit und Pflegebedürftigkeit und v.a. in der vertrauten Wohnumgebung, die eines der wichtigsten Settings überhaupt darstellt, ansetzen muss. Bei der im Gesetzentwurf angesprochenen Zielgruppe liegt aber bereits eine festgestellte Pflegebedürftigkeit vor und die Personen leben in (teil-)stationären Pflegesettings. Speziell bei älteren und alten Menschen braucht es ein breites Verständnis von Prävention, das der komplexen Lebenslagenproblematik im Alter gerecht wird. Häufig wirkt sich das Wechselspiel von psychischen, körperlichen, finanziellen und sozialen Faktoren negativ auf den Gesundheitszustand aus wie auch auf das Risiko pflegebedürftig zu werden. Präventionsmaßnahmen müssen an diesen vielfältigen Bedingungen ansetzen, am sinnvollsten sollten diese Maßnahmen im vertrauten häuslichen Umfeld erfolgen. Skandinavische Länder, v.a. Dänemark haben mit der Einführung präventiver Hausbesuche die Zahl der gesunden Jahre der Altenbevölkerung steigern können. Es liegen also bereits erprobte und sinnvolle Instrumente für zielgerichtete Präventionsmaßnahmen im Alter vor.

Wir wollen zu bedenken geben, dass wenn die Leistungen der aktivierenden Pflege unberührt sein sollen gegenüber den geplanten Präventionsleistungen, dass dann diese Leistungen definitorisch und inhaltlich voneinander abgegrenzt werden müssen.

ten. Aus dem Gesetzentwurf geht weder hervor, dass eine solche Abgrenzung erfolgen soll, noch wird überhaupt eine Definition präventiver Leistung der Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigkeit, auch nicht hinsichtlich der Verwendung der 30 Cent je Versichertem deutlich. Hier wäre eine Klarstellung durch den Gesetzgeber wünschenswert.

Darüber hinaus fehlen Überlegungen der Anschlussfähigkeit gegenüber einem weiteren Reformprojekt der Bundesregierung, der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, hier insbesondere auch auf den neuen Bedarfsgrad 1.

Zu Artikel 6 Nr. 2: § 18 SGB XI

Feststellung des Leistungsanspruchs

Auch wenn wir uns ausdrücklich gegen eine *finanzielle* Belastung der Pflegeversicherung an der Förderung der Prävention aus den genannten Gründen aussprechen, halten wir es für dringend geboten, die Pflegekassen an der nationalen Präventionsstrategie und -konferenz zu beteiligen. Die Beteiligung sollte grundsätzlich inhaltlich und mit Blick auf die entsprechenden Zielgruppen entschieden werden und nicht danach, ob eine finanzielle Beteiligung erfolgt.

Sollte an einer Einbeziehung der Pflegekassen in die Finanzierung von Präventionsleistungen jedoch festgehalten werden, geben wir zu bedenken, dass damit jeder Pflegebedürftige, der pflegeversichert ist, auch grundsätzlich Anspruch auf diese Leistungen hat, somit auch Pflegebedürftige, die zu Hause leben. Die Feststellung durch den Medizinischen Dienst der Pflegekassen kann sich insofern nicht auf den leistungsrechtlichen Anspruch von Pflegebedürftigen in (teil-)stationären Einrichtungen beziehen, sondern allenfalls auf die tatsächliche Notwendigkeit und die inhaltliche Ausrichtung der Maßnahme. Zudem bedarf es einer Nachschulung des begutachtenden Personals, hinsichtlich zielgruppenspezifischer Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung und der vorhandenen geeigneten Angebote. Dies setzt auch eine Kooperation und Vernetzung der Gutachter mit den Akteuren der lebensweltorientierten Gesundheitsförderung und Prävention voraus.

Zu Artikel 6 Nr. 4: § 45 SGB XI

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Die AWO begrüßt ausdrücklich, dass die Inhalte der bereits vorhandenen Pflegekurse um den Aspekt der Prävention und Gesundheitsförderung erweitert werden sollen. Pflegenden Angehörigen sollen Wissen und Informationen an die Hand gegeben werden, mit denen sie den Eintritt von Gesundheitsrisiken vermeiden bzw. diesen vorbeugen können. Da den Pflegekursen und -schulungen mit dem Ziel der Entlastung der pflegenden Angehörigen ein so hoher Stellenwert beigemessen wird, würden wir es auch begrüßen, diese mit einem Rechtsanspruch zu versehen. Dies käme dann auch einer Würdigung der geleisteten Pflegearbeit gleich.

Zu Artikel 8: § 34 SGB XI

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

In § 34 Absatz 10a neu sieht der Gesetzesentwurf vor, dass Personensorgeberechtigte vor der Erstaufnahme in eine Einrichtung den Nachweis über eine ärztliche Beratung bezüglich des Impfschutzes ihres Kindes zu erbringen haben. Die Länder sollen bestimmen, welche Inhalte dieser Nachweis enthalten muss und zu welchem Zeitpunkt diese Beratung stattgefunden hat. Wenn im Zuge dieses Nachweises landesrechtlich auch Informationen über den Impfstatus erhoben werden, sollen Einrichtungen dies zur Einsicht durch die Gesundheitsämter vorhalten. Weitergehende landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt.

Die Zugänglichkeit von Informationen über Impfungen und eine unabhängige Beratung von Personensorgeberechtigten zum Impfschutz wird von der Arbeiterwohlfahrt grundsätzlich begrüßt. Die Vorgabe, Impfbescheinigungen in den Einrichtungen vorzuhalten und zu archivieren, ist aus datenschutzrechtlichen Gründen abzulehnen. Auch wird durch eine solche Vorgabe ein erhöhter Aufwand erforderlich. Besonders problematisch erscheint jedoch, dass die Daten zukünftig nicht mehr bei den Erziehungsberechtigten abzufragen sind, sondern bei den Einrichtungen. Landesrechtliche Regelungen, die auch einen Nachweis über den Impfstatus vorsehen, werden ausdrücklich offen gelassen. Hiermit entsteht der Eindruck als wolle der Gesetzgeber eine Impfpflicht gewissermaßen durch die Hintertür einführen. Unbenommen der grundsätzlichen Bewertung von Impfpflicht erscheint es nicht sinnvoll, die Kindertageseinrichtungen zu Erfüllungsgehilfen eines solchen durchaus umstrittenen Ansinnens zu machen. Es ist zu bedenken, dass Impfungen aus religiösen wie weltanschaulichen Gründen sehr unterschiedlich eingeschätzt werden.

AWO Bundesverband
Berlin, den 20.04.2015