

**Schriftliche Stellungnahme der
Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
(BVPg) zum
„Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention“ vom
21.01.2013**

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg) begrüßt, dass vor dem Hintergrund der Auswirkungen des demografischen Wandels, des Wandels des Krankheitsspektrums hin zu den chronisch-degenerativen Erkrankungen und der veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt die „Gesundheitsförderung und Prävention“ in Deutschland mithilfe veränderter gesetzlicher Regelungen weiterentwickelt werden soll.

Grundsätzlich positiv hervorzuheben an dem vorliegenden Gesetzentwurf sind die folgenden Punkte:

- die Verständigung auf gemeinsame **Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele** soll unterstützt werden;
- zur Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß §§ 20, 20a, 20e, 23, 25 und 26 sollen die gesetzlichen Krankenkassen zukünftig **mehr Mittel** einsetzen als bisher;
- durch Quotierungen der Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention, zur Prävention in Lebenswelten und zur betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten die auf Settings bezogenen Maßnahmen **mehr Gewicht** als bisher;
- durch Festlegung der € 6,00 pro Versichertem p.a. nicht als Grenz-, sondern als Richtwert erhalten die Kassen die Möglichkeit zur **weiteren Ausweitung** ihrer Präventionsleistungen;
- der betrieblichen Gesundheitsförderung wird mehr Gewicht verliehen, die besonderen Bedarfe der kleinen und mittleren Unternehmen (**KMU**) werden dabei stärker in den Blick genommen;
- die Verpflichtung auf verbindliche und einheitliche Zertifizierung der Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention soll der **Qualitätssteigerung** dieser Leistungen dienen und wird Ressourcen schonen;
- die Ermöglichung ambulanter Vorsorgemaßnahmen für Versicherte mit besonderen beruflichen oder familiären Belastungssituationen kann zur Steigerung der zielgruppenbezogenen **Bedarfsgerechtigkeit** der präventiven Angebote beitragen;
- die Einrichtung einer Ständigen Präventionskonferenz und die Verpflichtung auf eine vierjährige Präventionsberichterstattung stärken die **politische und gesellschaftliche Bedeutung** des Handlungsfeldes „Gesundheitsförderung und Prävention“.

Die Bundesvereinigung muss aber auch feststellen, dass der Entwurf in vielfacher Hinsicht hinter den Erwartungen der beteiligten Akteure und hinter dem Stand der aktuellen Fachdiskussion zurückbleibt:

- Von der „gesamtgesellschaftlichen Gemeinschaftsaufgabe Gesundheitsförderung und Prävention“ bleibt nur noch ein in Einzelpunkten modifiziertes Leistungsspektrum der Gesetzlichen **Krankenversicherung** übrig. Diese konzeptionelle Reduktion von Gesundheitsförderung und Prävention steht nicht nur im Widerspruch zu der nationalen und internationalen Fachdiskussion, sondern auch zu den konzeptionellen Ansätzen der aktuellen Demografie-, Inklusions- und Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung selbst, die den Aspekt der Ressort übergreifenden Planungs- und Umsetzungserfordernisse immer wieder hervorheben.
- Das umfassende Konzept der „Gesundheitsförderung und Prävention“ wird im Gesetz fast ausschließlich auf **verhaltens-** und **risikopräventive** Leistungen reduziert. Der einzige Hinweis auf die Notwendigkeit, auch den Rahmenbedingungen von Gesundheit Aufmerksamkeit zu schenken, findet sich im Besonderen Teil der Begründung von § 20 (3): „Satz 1 stellt entsprechend der sich in der Praxis bewährten Interventionsansätze klar, dass sich primärpräventive Leistungen auf die Veränderung des individuellen Verhaltens beziehen können, aber auch auf die Veränderung der Verhältnisse in den Lebensräumen der Versicherten...“ (S. 21). Die BVPG empfiehlt daher, § 20 (3) Satz 1 wie folgt zu ändern: „Leistungen nach Absatz 1 werden als Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention **und als Leistungen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention in Lebenswelten** erbracht.“
- Die Übertragung neuer Verantwortlichkeiten – einschl. einer entsprechenden Pauschalvergütung in Höhe von ca. **35 Mio €** – auf die BZgA im Zusammenhang von primärpräventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen in alltäglichen Lebenswelten („insbesondere in Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen und Jugendeinrichtungen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen“ – S. 6) befremdet in mehrfacher Hinsicht:
 - zum einen ist die BZgA in diesen Handlungsräumen bisher nicht selbst, sondern über von ihr **beauftragte Kooperationspartner und Projektnehmer** (z.B. die Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung und Prävention) tätig, die jederzeit und umstandslos somit auch selbst, also direkt, Auftragnehmer/Projektpartner der Krankenkassen sein können.
 - Zum anderen werden auch substantielle Koordinationsleistungen in diesem Bereich nicht von der BZgA selber, sondern ebenfalls von entsprechenden Projektnehmern erbracht – bezogen auf den „Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit“ z.B. vom damit beauftragten Projektnehmer **„Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.“**. Insofern können auch diese Leistungserbringer von den Krankenkassen direkt beauftragt werden. Für ggfs. weitergehende Koordinationsaufgaben auf der Bundesebene stünde die **BVPG e.V.** zur Verfügung, deren Mitglieder oder Kooperationspartner es sind, die in der Regel mit der Umsetzung der o.a. Maßnahmen betraut werden.
 - Unklar bleibt des Weiteren, welche konkreten Leistungen die BZgA „kassenübergreifend“ erbringen soll. Wenn in Kindergärten, Schulen etc. lediglich die **„mediale Durchschlagskraft“** deutlich erhöht werden soll, ist festzuhalten, dass dies zu den ureigensten Aufgaben der nachgeordneten Behörde zählt.

- Insofern anerkanntermaßen „Gesundheitsziele“ bzw. „Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele“ von hoher Bedeutung sind, bleibt unverständlich, warum nicht **„gesundheitsziele.de“** selbst bzgl. seiner Aufgabenstellung eine Stärkung im Gesetz erfährt - z.B. hinsichtlich des zukünftigen Status' und der Finanzierung, der Regularien zur Besetzung entsprechender Arbeitsgruppen, der Routinen der Revision von Gesundheits(förderungs)zielen sowie der verpflichtenden Dokumentation zum Stand der Umsetzung der Ziele.
- Rolle, Funktion und Zusammensetzung der **„Ständigen Präventionskonferenz“** bleiben vage: warum die Aufgabe, „über die Entwicklung von Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen und deren Umsetzung zu berichten sowie Wege und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung aufzuzeigen“ (S. 7) nicht (s.o.) von „gesundheitsziele.de“ selbst geleistet werden kann, bleibt unverständlich – zumal die Arbeit der Krankenkassen gemäß § 20 unter enger Bezugnahme auf die von „gesundheitsziele.de“ (und nicht auf die von der Präventionskonferenz) erarbeiteten Ziele erfolgen soll. Auch zur Unabhängigkeit, Reichweite bzw. Durchschlagskraft der erwarteten „Entscheidungen und Beschlüsse der Ständigen Präventionskonferenz“ (S. 7) gibt es keine Aussagen.
- Nicht nachvollziehbar ist auch, warum bzgl. der Weiterentwicklung des Leitfadens zur Umsetzung der §§ 20ff SGB V die seit dem Jahr 2000 bestehende und erfolgreich arbeitende **„Beratende Kommission“** keinen Eingang mehr in den Gesetzentwurf gefunden hat. Diese paritätisch besetzte und von strenger Sach- und Fachargumentation geprägte Kommission hat wesentlich mit dazu beigetragen, dass der „Leitfaden...“, der ja weiterhin ein wichtiges Instrument zur erfolgreichen Umsetzung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen bleiben wird, ein gleichermaßen fachlich adäquates wie praktikables Instrument zur Qualitätssicherung der Umsetzung des bisherigen § 20 SGB V sein konnte.
- Hinsichtlich der Gewährung einer Leistung zur individuellen Verhaltensprävention bleibt die Rolle der **„Präventionsempfehlung“** ... in Form einer ärztlichen Bescheinigung“ (S. 8) unklar. Zum einen wird sie als „entscheidungsrelevant“ gewertet: „Die ärztliche Präventionsempfehlung schränkt insofern den Ermessensspielraum der Krankenkassen insbesondere hinsichtlich der Bedarfsprüfung ein“ (S. 21); zum anderen heißt es wenig später: „Ein Arztvorbehalt für diese Leistungen ist damit nicht verbunden. Auch ohne Vorlage einer ärztlichen Präventionsempfehlung kann eine Leistung zur individuellen Verhaltensprävention erbracht werden, wenn diese nach Absatz 2 Satz 2 zertifiziert ist.“ (S. 21) Eine deutliche qualitative Verbesserung des Zugangs bestimmter Zielgruppen zu den entsprechenden Kassenleistungen ist so nicht vorstellbar.
- Leider versäumt der Gesetzentwurf, die Stärkung und Ausweitung systematischer und umfassender **Gesundheitsforschung** (im Rahmen der Möglichkeiten der Resortforschung) voranzutreiben, womit wenigstens ansatzweise die dringend notwendige – aber z.B. in der Programmatik des BMBF fehlende – umfassende Weiterentwicklung der Präventionsforschung betrieben werden könnte.

- Schließlich befremdet es, dass zur „Förderung der Prävention“ das BMG selber im Rahmen dieses Gesetzes **keinerlei Finanzierungsverpflichtung** außer der Einrichtung einer mit 3 Mitarbeiter/innen ausgestatteten Geschäftsstelle für die Ständige Präventionskonferenz übernehmen will. War schon der in 2012 praktizierte Ausstieg des BMG aus der Finanzierung des Aktionsprogramms IN FORM schwer nachvollziehbar, läßt der völlige Verzicht z.B. auf ein neues, aus öffentlichen Mitteln finanziertes und längerfristig angelegtes Förderprogramm im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ die in diesem Feld tätigen Akteure ratlos zurück. „Förderung der Prävention“ (mit einem vergleichsweise geringen Mehraufwand) nur aus den Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung läßt einen aktiven politischen Gestaltungswillen in diesem Aktionsfeld eher nicht erkennen.
- Mit einer zusätzlichen Finanzierung wäre die BVPG bereit, die Aufgaben der **Geschäftsstelle für die Ständige Präventionskonferenz** zu übernehmen, da die geplante Zusammensetzung dieser Präventionskonferenz zum großen Teil aus Mitgliedsorganisationen und Kooperationspartnern der BVPG bestehen wird und zu diesen bereits eine vertrauensvolle und bewährte Zusammenarbeit besteht.

Fazit:

Der Gesetzentwurf ist einerseits als ausschließlich auf das Gesundheitsressort und auf Veränderung einzelner §§ des SGB V bezogener Entwurf durchaus konsequent, differenziert und vom Ziel der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Qualitätsverbesserung einzelner Leistungen glaubhaft geprägt.

Der Gesetzentwurf greift andererseits den national wie international geltenden konzeptionellen, Public-Health-geprägten Ansatz der Gesundheitsförderung und Prävention als ressortübergreifender und gesamtgesellschaftlicher Aufgabe in keinsten Weise auf, enthält sich jeglicher Einbeziehung verantwortlicher weiterer Akteure auf staatlicher, körperschaftlicher und zivilgesellschaftlicher Ebene und entzieht sich seitens der Bundesebene selbst jeglicher programmatischer und finanzieller Verpflichtung.

Ein Paradigmenwechsel angesichts der – wie der Entwurf selber aufführt – „Auswirkungen des demografischen Wandels, des Wandels des Krankheitsspektrums hin zu den chronisch-degenerativen Erkrankungen und der veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt“ in unserer Gesellschaft wird damit aus Sicht der BVPG nicht zu erreichen sein.

01. Februar 2013

gez.

Dr. Uwe Prümel-Philippson/Dr. Beate Grossmann
Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)
53123 Bonn, Heilsbachstr. 30
Tel.: 02 28 / 987 27 – 0
E-Mail: pp@bvpraevention.de