

Stellungnahme  
der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)  
zum  
„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung  
und der Prävention“

Mit Schreiben vom 31. Oktober 2014 hat die Leiterin der Abteilung 4 (Pflegesicherung, Prävention), Frau Regina Kraushaar, per Mail vom 03. November 2014 der BVPG den o.a. Gesetzentwurf mit der Möglichkeit einer Stellungnahme hierzu bis zum 21. November 2014 zugeleitet. Von dieser Möglichkeit machen wir nachfolgend Gebrauch.

**Die BVPG bewertet den vorliegenden Gesetzentwurf (Referentenentwurf = RE) insgesamt und grundsätzlich als positiv. Sie sieht jedoch noch Erläuterungs- und Nachbesserungsbedarf im Einzelnen.**

### Vorbemerkung

Dieser vom Gesundheitsressort vorgelegte Gesetzentwurf beansprucht nach eigenem Bekunden nicht, in vollem Umfang der Forderung nachzukommen, Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe umzusetzen.

Die Beschränkung auf nur einen Teil der gesamtgesellschaftlichen Aufgabenstellung wird in zweierlei Hinsicht begründet:

- a) durch die „kompetenzrechtlich begründeten föderalen Strukturen in der Gesundheitsförderung und Prävention“ (RE, S. 20) könne der Bund in die den Ländern und Kommunen obliegenden Leistungsverpflichtungen nicht bzw. nicht direkt eingreifen, und
- b) „auf der Grundlage der gesetzgeberischen Kompetenzen des Bundes enthält das Präventionsgesetz Vorgaben für ein Präventionssystem der Sozialversicherungen“ (RE, S. 22) – und hier, wegen des für dieses Gesetz verantwortlich zeichnenden Bundesgesundheitsministeriums, eigentlich nur Vorgaben für das Präventionssystem der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. (Die Einbindung der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung in dieses Gesetz dient nicht einer Veränderung der „spezifischen Aufgaben und Versicherungsrisiken“ (RE, S. 20) dieser Sozialversicherungsträger, sondern der Ermöglichung einer intensiveren Zusammenarbeit mit der gesetzlichen Krankenversicherung.)

Der Gesetzentwurf beansprucht damit, nur einen bestimmten Teil zur Erfüllung der o.a. Gesamtaufgabenstellung beitragen zu wollen und zu können. Die in insgesamt 17 Punkten dargelegte Stellungnahme der BVPG konzentriert sich deshalb (mit Ausnahme von Punkt 17) ausschließlich auf die dementsprechenden Regelungsabsichten dieses Gesetzentwurfes.

Zuvor bekräftigt die BVPG aber mit Bezug auf das Gesundheitsförderungskonzept der WHO und im Einvernehmen mit vielen nationalen und internationalen Fachleuten die Forderung, ergänzend zum Präventionsgesetz den Leitgedanken der „Förderung der Gesundheit“ auch in alle anderen Politikfelder einzubringen.

Die Förderung der Gesundheit als Querschnittsaufgabe für das politische Handeln träte so gleichberechtigt neben andere, bereits verankerte Querschnittsaufgaben: ebenso, wie man Maßnahmen und Programme dahingehend überprüft, ob sie nachhaltig sind, ob sie Diskriminierung vermeiden, ob sie die Gleichbehandlung der Geschlechter gewährleisten oder zusätzliche Bürokratie vermeiden, wären Programme daraufhin zu überprüfen, ob sie gesundheitsschädlich, -neutral oder gesundheitsfördernd sind.

Nachfolgend nun unsere Stellungnahme zu den Regelungsabsichten des Gesetzentwurfes im Einzelnen.

## 1.

Vor diesem – wie auf Seite 1 oben einleitend ausgeführt – „kompetenzrechtlichen“ Hintergrund ist zu begrüßen,

- a) dass die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung (Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung) verpflichtend in die gemeinsame Erarbeitung einer nationalen Präventionsstrategie über das Gremium der „Nationalen Präventionskonferenz“ eingebunden werden;
- b) dass der privaten Kranken- und Pflegeversicherung eine verantwortliche Mitwirkung an dieser Strategie im Rahmen der nationalen Präventionskonferenz ermöglicht wird;
- c) dass Bund und Länder, die Kommunalen Spitzenverbände sowie die repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer hieran teilnehmen;
- d) dass ein Beratungsgremium (das „Präventionsforum“) für die an der praktischen Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention beteiligten Fachsysteme installiert wird, die zugleich die zivilgesellschaftlichen Kräfte in diesem Handlungsbereich repräsentieren, und
- e) dass vom Prinzip und im Ansatz ein Ressort übergreifendes Zusammenwirken durch die Einbeziehung des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie des Bundesministeriums des Innern ermöglicht werden soll.

## 2.

Die BVPG begrüßt ebenfalls, dass mit § 20e (2) die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. von der Nationalen Präventionskonferenz mit der Durchführung des Präventionsforums beauftragt werden soll – und auf diese Weise erstmalig systematisch, umfassend und gesetzlich geregelt den fundierten Erfahrungen, der fachlichen Kompetenz und den praxisorientierten Ideen der zivilgesellschaftlichen Kräfte bei der Weiterentwicklung von Konzepten und Umsetzungsmaßnahmen für die Gesundheitsförderung und Prävention Stimme und Gehör verschafft wird.

Da es sich bei dieser Aufgabe um eine neue, zusätzliche Aufgabe handelt, deren Finanzierung in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz geregelt werden soll, geht die BVPG davon aus, dass es sich hierbei auch um eine zusätzliche finanzielle Förderung handelt.

## 3.

Die BVPG begrüßt die in § 20 vorgenommene Verpflichtung der Krankenkassen, in ihren Satzungen Leistungen zur primären Prävention und zur Gesundheitsförderung vorzusehen, und begrüßt, dass weiterhin diese Leistungen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen.

## 4.

Der nach § 1 Satz 1 SGB V eingefügte Satz (RE, S. 6) sollte ergänzt werden um den Zusatz „sowie die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten“.

Die in § 20 (1) vorgenommene „Legaldefinition der Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung“ (B. Besonderer Teil, S. 34) ist aus der Sicht der BVPG im Falle der „Gesundheitsförderung“ dann angemessen, wenn hier neben der „Förderung des selbstbestimmten gesundheitlichen Handelns der Versicherten“ auch die „Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes“ (A. Allgemeiner Teil, S. 20) mitadressiert wird.

Die in § 20 (4) vorgenommene Auflistung der drei Leistungsarten ist zumindest in Punkt 2. zu eng gefasst: statt „Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ müsste es besser heißen „Leistungen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebenswelten“. Auch die unter Punkt 3. vorgenommene Formulierung sollte besser lauten: „Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung“.

5. Die BVPG begrüßt, dass der Spitzenverband der Krankenkassen auch weiterhin unabhängigen Sachverstand bei der Festlegung der Ausgestaltung der Leistung gemäß § 20 (1) einbeziehen kann und das seit dem Jahr 2000 bewährte Gremium der „Beratenden Kommission“ beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen (bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung sowie des Bundesministeriums für Gesundheit, der Gesundheitsministerkonferenz der Länder, der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und des Deutschen Gewerkschaftsbunds) somit erhalten bleibt.

6. Die mit Unterstützung des o.a. „unabhängigen Sachverstands“ vorzunehmenden Bestimmungen der Anforderungen und Verfahren für die Zertifizierung der Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach Absatz 5 von § 20 sind mit der bereits laufenden Praxis der „Zentralen Prüfstelle Prävention“ auf einem guten Weg, bedürfen allerdings einer ständigen Begleitung und ggfs. Weiterentwicklung.

7. Für nicht zielführend hält die BVPG die in § 20 (3) aufgeführte detaillierte Aufzählung der derzeitigen Gesundheitsziele aus der Arbeit des Kooperationsverbands „gesundheitsziele.de“, da die Erarbeitung und Ausformung von Gesundheits(förderungs)zielen einem ständigem Prozess der Weiterentwicklung, Neugewichtung und Ergänzung unterliegt, so dass allgemeinere Formulierungen zu Gesundheits(förderungs)zielen im Gesetz angemessener wären.  
(Änderungen bei den Gesundheitszielen bedürften dann auch keiner Gesetzesänderung.)

Vorgeschlagen hierfür wird eine alternative Formulierung wie z.B.:

*„(3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den für den Handlungsbereich Gesundheitsförderung und Prävention jeweils geltenden Stand sowohl der nationalen Ziele-Diskussion (z.B im Kooperationsverbund gesundheitsziele.de, im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie, bzgl. der Kinderunfallprävention etc.) als auch den Stand der internationalen Ziele-Diskussion (z.B. im Rahmen der Framework Convention on Tobacco Control oder bzgl. der UN-Declaration on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases).“*

8. Die BVPG hält die in § 20 (6) aufgeführte Erhöhung des Gesamt-Richtwerts auf € 7,00 pro Versichertem p.a. für angemessen und begrüßt die neu eingeführten und als Mindestbeträge festgelegten Verwendungsquoten für Leistungen nach §§ 20a und 20b.

9. Wie beim Gesetzentwurf in der letzten Legislaturperiode kann die BVPG erneut nicht nachvollziehen, mit welcher Begründung die Krankenkassen zur Inanspruchnahme der Unterstützung der Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Bereich der nicht-betrieblichen Lebenswelten durch die BZgA verpflichtet werden.  
Weder die Schwierigkeiten einer kassenübergreifenden Leistungserbringung noch solche der Ansprache sogenannter vulnerabler Gruppen durch die bisherigen Settingmaßnahmen der Krankenkassen scheinen uns belegt zu sein.

Die bisherige Praxis der (weder auf der Landes- noch auf der kommunalen Ebene vertretenen) nachgeordneten Bundesbehörde BZgA in kommunalen oder regionalen Handlungsfeldern der nicht-betrieblichen Gesundheitsförderung besteht in der Beauftragung dort arbeitender Kooperati-

onspartner für bestimmte Projektmaßnahmen – in der Regel der Landesvereinigungen für Gesundheit(sförderung). Diese können jedoch problemlos selbst direkte Auftragnehmer für die Kassen und/oder andere Kostenträger sein – und sind dies z.T. ja auch schon. Einer Vermittlung durch eine Bundesbehörde, die überdies mit zusätzlichem Verwaltungs- und Zeitaufwand verbunden wäre, bedarf es hierzu unserer Einschätzung nach nicht.

Eine sachlich und organisatorisch geeignetere Verfahrensweise könnte stattdessen sein, die für diese Aufgaben vorgesehenen Mittel qua Landesrahmenvereinbarung den im Land bzw. vor Ort bereits vorhandenen und geeigneten Strukturen direkt zur Verfügung zu stellen. Auf Landesebene kommen z.B. die Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung dafür in Frage, auf lokaler Ebene bieten sich die rund 400 Gesundheitsämter als gut funktionierende Strukturen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) an.

## 10.

Die BVPG vermisst im Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Aufgaben im Bereich der nicht-betrieblichen Lebenswelten die explizite Berücksichtigung einer umfassenden Förderung von Qualitätsentwicklung in diesem Handlungsfeld.

Hierin könnten z.B. die BZgA und die BVPG aufgrund ihrer durchaus komplementär ausgerichteten Vorgehensweisen zum Thema „Qualität“ gemeinsame Maßnahmen vereinbaren, die dann allerdings (zumindest für die BVPG) ebenfalls einer gesonderten und angemessenen Finanzierung bedürften.

Hierzu böte sich u.U. an, diese Aufgabe in § 20g zu verankern. (S. dazu auch Punkt 13.)

## 11.

Die Regelung in § 20b durch die neu hinzugefügten Absätze 3 und 4, mit denen eine Unterstützung insbesondere kleinster, kleiner und mittelgroßer Betriebe/Unternehmen durch gemeinsame regionale Koordinierungsstellen unter Nutzung bestehender Strukturen ermöglicht bzw. gestärkt wird, wird von der BVPG begrüßt. Die Konkretion dieser Regelung sollte vorzugsweise im Rahmen der in § 20f vorgesehenen Landesrahmenvereinbarungen erfolgen.

## 12.

Die BVPG hält es für wichtig und richtig, dass die von der Nationalen Präventionskonferenz verabschiedeten Rahmenempfehlungen zur Konkretisierung bzw. Operationalisierung (RE, S. 40) in „Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie“ (§ 20f) einmünden sollen.

Mit Bezug auf Absatz 2 empfiehlt die BVPG, in Punkt 3 von „Zuständigkeiten“ statt von „Abgrenzungen“ auszugehen; zu den in Punkt 6 aufgeführten „relevanten Einrichtungen und Organisationen“ erinnert die BVPG nachdrücklich an die Struktur und die Rolle der Landesvereinigungen für Gesundheit(sförderung), auf deren Plattform in der Regel die maßgeblichen, verantwortlich beteiligten Kooperationspartner im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ der jeweiligen Landesebene zusammengeschlossen sind.

## 13.

Die Ermöglichung der Durchführung von Modellvorhaben im Feld der Lebenswelten und der betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 und ihre Verbände ist zu begrüßen – allerdings fehlen Angaben, aus welchen Mitteln diese Modellvorhaben finanziert werden sollen.

**14.**

Die Neufassung des § 5 SGB XI einschl. der Festlegung einer finanziellen Beteiligung der gesetzlichen Pflegekassen mit € 0,30 pro Versichertem p.a. wird von der BVPG begrüßt – allerdings erscheint uns die Beschränkung auf „stationäre Pflegeeinrichtungen“ als unangemessen.

**15.**

Die in § 20d Absatz 2 aufgeführte vierjährige Erstellung eines Präventionsberichtes ist zu begrüßen. Allerdings ist aus Sicht der BVPG noch zu präzisieren,

- a) wer die Erstellung des Berichts tatsächlich vornimmt und wie dies finanziert wird;
- b) auf welche Art und Weise der Bericht zugleich eine Dokumentation, eine Erfolgskontrolle und eine Evaluation darstellen kann, und
- c) ob der Bericht auch diejenigen Aktivitäten umfassen wird, die nicht allein auf die Aktivitäten der Sozialversicherung zurückzuführen sind.

Ungeklärt bleibt auch, ob die Berichterstattung bei den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes (RE, S. 10) eine andere Resonanz als bloße „Kenntnisnahme“ auslösen soll – wenn er nur „den Akteuren eine Grundlage für die Verbesserung der Kooperation und Koordination sowie für die Weiterentwicklung gemeinsamer Ziele“ (RE, S. 40) verschaffen soll, erschienene dies der BVPG als zu wenig ambitioniert.

**16.**

Die BVPG hält den systematischen Aufbau von Forschungsstrukturen, die schwerpunktmäßig den Handlungsbereich „Gesundheitsförderung und Prävention“ unter besonderer Berücksichtigung von Fragestellungen der Evaluation komplexer Maßnahmen zur Aufgabe haben, weiterhin für dringend notwendig und regt an, auch diese Aufgabe im Präventionsgesetz zu verankern.

**17.**

Zusätzlich zu einem Präventionsgesetz ist nach Ansicht der BVPG die baldige Einrichtung eines Nationalen Aktionsprogramms zur „Gesundheitsförderung und Prävention nicht-übertragbarer Erkrankungen“ von großer Bedeutung. Hiermit würde der "Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases" der Vereinten Nationen aktiv nachgekommen, die am 16. September 2011 auch von Deutschland unterzeichnet wurde, und auf die der vom Regionalkomitee für Europa der WHO für den Zeitraum 2012 bis 2016 verabschiedete „Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten“ Bezug nimmt.

Der derzeit noch laufende Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ ließe sich hierin problemlos integrieren.

Bonn, den 21. November 2014

gez.

Dr. Uwe Prümel-Philippsen/Dr. Beate Grossmann  
 Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.  
 Heilsbachstr. 30  
 53123 Bonn  
 Tel.: 02 28 / 987 27 - 0  
 Mail: pp@bvpraevention.de