

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)

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

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

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

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

www.caritas.de

Datum 21. November 2014

A. Einleitung

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

Den vorliegenden Referentenentwurf bewerten wir vor diesem Hintergrund als einen Schritt in die richtige Richtung, da er einige neue strukturelle Elemente vorsieht: Positiv bewertet werden insbesondere die verstärkten Ansätze zur Einbindung und Koordinierung der Sozialversicherungsträger, die höhere Verbindlichkeit von konsentierten Gesundheitszielen durch die Entwicklung einer Präventionsstrategie sowie die Schaffung von Arbeitsstrukturen und –instrumenten in Form von bundeseinheitlichen Empfehlungen auf der Bundesebene und Rahmenverträgen

auf der Landesebene. Auch die Stärkung von Settingansätzen und des Zielgruppenbezugs in der Ausrichtung von Gesundheitsförderung und Prävention bieten die Chancen, insbesondere denjenigen Menschen bessere Zugangsmöglichkeiten zu eröffnen, die von den bisherigen, vorwiegend verhaltenspräventiv ausgerichteten Präventionsansätzen kaum oder nur unzureichend erreicht werden konnten.

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

Zu den Regelungen im Einzelnen nehmen wir wie folgt Stellung:

B. Besonderer Teil

§ 1 neu: Förderung der Eigenkompetenz und Eigenverantwortung

Referentenentwurf

In der Einweisungsvorschrift des SGB V wird der Grundsatz der Eigenverantwortung gestärkt. Durch Einfügung eines neuen Satzes wird betont, dass die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten ausdrücklich zu den Aufgaben der Krankenversicherung als Solidargemeinschaft gehört.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich den Ansatz, Eigenkompetenzen für gesundheitsbewusstes und gesundheitsförderliches Verhalten zu stärken. Voraussetzung für ein gesundes Leben sind Wissen und der Erwerb von Kompetenzen zum Erhalt, zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit sowie zur Vorbeugung und Vermeidung von Krankheiten. Es ist daher positiv zu bewerten, dass die Förderung des Erwerbs von Eigenkompetenzen ausdrücklich als Aufgabe der Krankenversicherung genannt wird. Wer über Eigenkompetenzen für gesundheitsförderliches Verhalten verfügt, ist auch befähigt, eigenverantwortlich mit seiner Gesundheit umzugehen. Eine weitere wesentliche Voraussetzung für den Erhalt der Gesundheit und die Prävention gegen Krankheiten ist jedoch die Schaffung gesundheitsförderlicher Umwelten. So ist es möglich, dass Menschen zwar über hohe Eigenkompetenzen in Bezug auf gesundheitsförderliches Verhalten verfügen, aber aus finanziellen Gründen z.B. in einem Wohnumfeld mit hohen Konzentrationen von Abgasen und gesundheitsschädigender Lärmbelastung leben müssen. Der Gedanke der Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit sollte daher nicht isoliert von dem Gesamtgeflecht der Wirkungszusammenhänge betont werden. Der

Grundsatz der Eigenverantwortlichkeit ist bereits heute in der Überschrift zu § 1 SGB V verankert. Im Gesetzestext selbst steht dann in § 1 Satz 2 (jetzt Satz 3 neu) SGB V, dass die Versicherten für ihre Gesundheit „mit verantwortlich“ sind. Diese aus unserer Sicht sehr ausgewogene Formulierung bringt zum Ausdruck, dass der Gesundheitszustand des Versicherten durch sein Wissen und seine Eigenkompetenzen eigenverantwortlich beeinflusst werden kann, aber dass es gleichzeitig auch wirkmächtige gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren geben kann, die vom Einzelnen nicht beeinflussbar und steuerbar sind. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die Begründung zu § 20, in der ausgeführt wird, dass die gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung primäres Ziel der präventiven Maßnahmen sei. Jeder Einzelne – so die weiterführenden Aussagen – trage die Verantwortung für die Chancen und Risiken seines Lebens und des gelte diese Eigenverantwortung zu stärken. Diese verkürzte und verengte Auslegung von Eigenkompetenz widerspricht aus unserer Sicht dem Gesamtgeflecht der Wirkungszusammenhänge. Daher muss die Begründung zu § 20 dem Duktus der Begründung zu § 1 angepasst werden.

§ 2b neu: Geschlechtsspezifische Besonderheiten

Referentenentwurf

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

Bewertung

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

§ 20 neu: Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

Referentenentwurf

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

besondere zur Verminderung sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.

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

Bei der Festlegung der Handlungsfelder und der Entwicklung der Kriterien für die Leistungen sollen auch die bestehenden Gesundheitsziele des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ Berücksichtigung finden. In der spezifischen Ausgestaltung ihrer Leistungen bleibt den Krankenkassen weiterhin ein großer Ermessensspielraum.

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

Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention können nach § 20 Absatz 4 neu nur erbracht werden, wenn sie zertifiziert sind. Spricht der Arzt bzw. Betriebsarzt eine Präventionsempfehlung aus, ist diese für die Genehmigung der Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention für die Krankenkassen zwingend zu berücksichtigen. Wenn Versicherte individuelle Verhaltenspräventionskurse aus beruflichen oder familiären Gründen nicht in Anspruch nehmen können, haben sie Anspruch auf wohnortfern in Kurorten zu erbringende medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 Satz 2 SGB V.

§ 20 Absatz 6 SGB V beschreibt das Volumen und die Verteilung der Ausgaben der Krankenkassen für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung: Ab 2016 sollen für die Leistungen nach den §§ 20, 20a (Lebenswelten), 20b (Betriebliche Gesundheitsförderung) und 20c (Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren) insgesamt 7 Euro verausgabt werden. Von diesen 7 Euro sollen für die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie für die Betriebliche Gesundheitsförderung jeweils 2 Euro pro Versichertem aufgewendet werden.

Bewertung

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

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

Positiv zu bewerten ist, dass nach den Legaldefinitionen als Ziel der primären Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere die Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit der Gesundheitschancen genannt wird. Aus Sicht der Caritas sind insbesondere primärpräventive Maßnahmen in Lebenswelten geeignet, um sozial benachteiligte Menschen wie Menschen mit niedrigem Bildungsstand oder niedrigem Einkommen oder auch Menschen mit Migrationshintergrund vor Ort, dort wo sie leben, wohnen, arbeiten, lernen und spielen, zu erreichen.

Positiv zu bewerten ist auch, dass sich bei den Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung künftig die Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele des Kooperationsverbunds „gesundheitsziele.de“ zu berücksichtigen sind, denn diese werden im breiten Konsens von Bund, Ländern, Städten, Kommunen, Kostenträgern, Leistungserbringern und Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie von Wissenschaft und Forschung mit einer hohen Bündelung von Fachkompetenz erarbeitet. Wichtig ist, dass die benannten Ziele nicht ab-

schließlich zu verstehen sind, sondern durch neue Gesundheitsziele ergänzt werden können. Wir schlagen vor, das genannte Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ zum Gesundheitsziel „Tabak- und Alkoholkonsum reduzieren“ erweitert wird. Von Alkoholabhängigkeit und ihren massiven gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftliche Folgen sind ca. 1,4 Mio. Menschen und ihre Familien in Deutschland betroffen. Daher kommt der Reduzierung alkoholbezogener Störungen für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation besondere Bedeutung zu.

Angeregt wird, diesen Absatz in § 20d Nationale Präventionsstrategie zu verschieben, denn die Gesundheitsziele müssen im Rahmen der Nationalen Präventionsstrategie festgelegt werden.

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

Der Deutsche Caritasverband erachtet es als zentral, dass Versicherten weiterhin individuelle Präventionskurse auch ohne ärztliche Präventionsempfehlung niederschwellig zugänglich sind. Es entspricht der Kompetenz und Eigenverantwortung, wenn Versicherte aus eigenem Antrieb und unabhängig von Früherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 SGB V bzw. betriebsärztlicher Untersuchungen Primärpräventionsangebote ihrer Krankenkasse in Anspruch nehmen. Es ist daher positiv zu bewerten, dass der Gesetzentwurf die Inanspruchnahme von individuellen Verhaltenspräventionskursen nicht an eine ärztliche Präventionsempfehlung bindet. Gleichzeitig sollte die Krankenkasse bei ihrer Leistungsgenehmigung jedoch verbindlich an eine vom Arzt oder der Ärztin vorliegende Präventionsempfehlung gebunden sein.

Generell ist zu begrüßen, dass die Ausgaben für die §§ 20, 20a und 20b SGB V pro Versicherten auf den Betrag von 7 Euro angehoben werden. Es ist auch sachgerecht, 2 Euro von diesen 7 Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung zu verausgaben. Angesichts der hohen Bedeutung, die Maßnahmen der primären Gesundheitsförderung in Lebenswelten gerade für sozial benachteiligte Menschen haben, fordert der Deutsche Caritasverband jedoch eine deutliche Anhebung der Ausgaben für die primäre Prävention in Lebenswelten. Vorgeschlagen wird, von den 7 Euro Mindestbetrag pro Versichertem 3 Euro für diesen Bereich zu verausgaben.

Lösungsvorschlag

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

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

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

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

§ 20a neu: Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Referentenentwurf

§ 20a SGB V neu definiert die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (Settings). Als Lebenswelt definiert werden für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Die Krankenkassen sollen auf der Grundlage der Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der Präventionsstrategie nach § 20f neu SGB V mit diesen Leistungen zum Aufbau und zur Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen beitragen. Dazu erheben die Krankenkassen unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich der Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zu ihrer Verbesserung sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten. Voraussetzung für diese Leistung der Krankenkassen ist nach § 20a Absatz 2 SGB V neu, dass die für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung der Vorschläge der Krankenkassen bereit sind und mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen beitragen.

Mindestens ein Viertel des Betrags für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten, d.h. mindestens 0,50 Euro, soll nach § 20a Absatz 3 neu SGB V ab dem Jahr 2016 an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) fließen. Mit diesen Mitteln soll die BzgA kassenübergreifende Leistungen zur Prävention in Lebenswelten, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen fördern. Dabei hat sich die BzgA an den Festlegungen der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V neu zu orientieren. Sie kann für die Durchführung ihres Auftrags auch geeignete Kooperationspartner heranziehen. Die Mittelverausgabung soll sich an der Anzahl der jeweils in einem Bundesland Versicherten richten.

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

Bewertung

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

Es entspricht dem Setting-Ansatz der WHO, wenn in § 20a Absatz 1 Satz 3 SGB V neu ausdrücklich auf die Beteiligung der Versicherten abgehoben wird.

Unklar ist, welche und wessen „gesundheitliche Situation“ die Krankenkassen gemäß § 20a Absatz 1 Satz 3 SGB V neu unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen in den Settings erheben. Dieser Formulierung ist dem alten § 20a zur Betrieblichen Gesundheitsförderung entliehen und bezieht sich dort konkret auf das Setting Betrieb. Da es zur Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen der Kooperation der Akteure vor Ort bedarf, ist der Verweis auf die Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f ausreichend. In § 20a Absatz 2 stellt sich die Frage, was unter einer „angemessenen Eigenleistung“ der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen zu verstehen ist. Die Eigenleistung der Einrichtungen besteht unserer Auffassung darin, dass sie ein Konzept für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Ansätze entwickeln und dieses durch den Einsatz von Personal- und Sachmitteln unter Einschluss der Förderung durch die Krankenkassen umsetzen. Ggf. wären hier für die Finanzierung weiterer Kosten die jeweiligen Leistungs- und Kostenträger der Einrichtungen verantwortlich.

Kritisch bewertet der Deutsche Caritasverband, dass mindestens ein Viertel der Ausgaben für die Gesundheitsförderung und primäre Prävention in Settings verbindlich an die BzGA abzuführen ist. Dies bedeutet, dass mindestens 0,50 Euro an die BzGA fließen, wobei dieser Betrag je nach Krankenkasse auch höher liegen kann. Der Schwerpunkt der Aufgaben der BzGA liegt in der gesundheitlichen Aufklärung. Als Fachbehörde für Prävention und Gesundheitsförderung

entwickelt sie Strategien und setzt diese in Kampagnen, Programmen und Projekten um. Dazu gehört sowohl die zielgruppengerechte Vermittlung von geeigneten Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen durch mediale Kampagnen, die Bereitstellung und Verbreitung entsprechender Informationsmaterialien als auch die Schulung und die Fort- und Weiterbildung der auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und Gesundheitsaufklärung tätigen Berufs- und Personengruppen. Es ist durchaus sachgerecht, diese Rolle der BzGA zu stärken und entsprechend finanziell zu fördern. Der Gesetzentwurf hebt insbesondere die Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen sowie die Lebenswelten für ältere Menschen als Settings, in denen die BzGA tätig werden soll, hervor. Besonders in den Blick zu nehmen sind vulnerable Personengruppen wie z.B. wohnungslose, suchtkranke, psychisch kranke, (langzeit-)arbeitslose Menschen und Kinder in belasteten Familien. Sie werden jedoch nicht ausschließlich in institutionengebundenen Settings erreicht. Settingbezogene Maßnahmen für sozial benachteiligte und von sozialer Ausgrenzung bedrohte Menschen werden nur wirken, wenn auf regionaler Ebene Kooperationen mit Kommunen und Trägern sozialer Einrichtungen erfolgen. Für diese Maßnahmen - einschließlich der Kosten für die Kooperation - muss im Budget für die Primärprävention in Settings ein entsprechender finanzieller Spielraum gegeben sein. Darüber hinaus spricht sich der Deutsche Caritasverband dafür aus, dass auch evaluierte Programme der Früherkennung und Frühintervention z.B. im Hinblick auf riskanten oder schädlichen Suchtmittelkonsum in den Leistungskatalog der GKV einbezogen werden. Als ergebnisoffene Angebote sind sie darauf ausgerichtet, frühzeitig zur Überprüfung und Veränderung des eigenen Konsumverhaltens zu motivieren und hierfür konkrete Unterstützung zu vermitteln. Sie sind zudem geeignet, auch Bevölkerungsgruppen anzusprechen, die z.B. von breit angelegten Öffentlichkeitskampagnen nur in geringem Maße oder gar nicht erreicht werden.

Der Deutsche Caritasverband schlägt vor, dass an die BzGA höchstens ein Zehntel des Betrags, den die Krankenkassen für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a verausgaben – nach Forderung des Deutschen Caritasverbands wären das 3 Euro – als pauschale Vergütung für ihre Leistungen im Rahmen von § 20a SGB V neu auszuschütten ist. Das entspräche nach dem Modell des Deutschen Caritasverbandes einem Betrag von 0,30 Euro pro Versichertem.

Im Übrigen stellt sich die Frage, inwiefern die BzGA in der Lage ist, „kassenübergreifende Leistungen durchzuführen“, wie es der Gesetzentwurf formuliert, da sie diese Leistungen nicht selbst anbieten kann. Hier sollte eine andere Formulierung gewählt werden. Den Verweis auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit nach § 12 SGB V bei einem Nichtzustandekommen der Vereinbarung erachten wir in diesem Zusammenhang für nicht ausreichend. Da nicht anzunehmen ist, dass das Gesetz vor Juli 2015 in Kraft treten kann, erachten wir die Frist des 30. Oktober 2015 für den Abschluss der erstmaligen Vereinbarung für nicht realistisch. Im Gesetz sollte daher eine andere Frist gesetzt werden. Die Mittel sollen erst verausgabt werden können, wenn eine wirksame Vereinbarung geschlossen wurde.

Der Gesetzentwurf der Vorgängerregierung enthielt noch die Regelung, dass sich der Verband der Privaten Krankenversicherung an der Förderung der Tätigkeit der BzGA beteiligen kann. Da

auch die Privatversicherten von den Kompetenzen und Leistungsangeboten der BzGA profitieren, ist dieser Passus in den Gesetzentwurf wieder aufzunehmen.

Lösungsvorschlag

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

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

§ 20b neu: Betriebliche Gesundheitsförderung

Referentenentwurf

Der Gesetzentwurf stärkt die Rolle des Betriebsarztes, der im Gesetzestext nun explizit als Akteur der betrieblichen Gesundheitsförderung benannt wird. Des Weiteren soll die Kooperation der Krankenkassen untereinander und mit den Unternehmen gestärkt werden. Zu diesem Zweck sollen regionale Koordinierungsstellen aufgebaut werden, die Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen beraten und unterstützen. An der Beratung sollen örtliche Unternehmensorganisationen beteiligt werden. Werden die Mindestausgaben für die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V neu unterschritten, stellt die Krankenkasse die nicht verausgabten Mittel dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung, der sie dann nach einem noch festzulegenden Verteilungsschlüssel auf die Landesverbände der Krankenkasse und die Ersatzverbände, die Kooperationsvereinbarungen mit örtlichen Unternehmensorganisationen geschlossen haben, verteilt.

Bewertung

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

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

Zudem weist der Deutsche Caritasverband kritisch darauf hin, dass der Gesetzesentwurf die gesundheitliche Situation von arbeitslosen Menschen im ALG I und ALG-II-Bezug nicht hinreichend in den Blick nimmt. In § 20a Absatz 3 SGB V neu, in dem beispielhaft Settings aufgezählt werden, in denen die BzGA aktiv werden soll, fehlen Settings, in denen Arbeitslose erreicht werden können. Dies ist insofern problematisch, als Arbeitslose oftmals einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen und seltener an Präventions- und Gesundheitsangeboten teilnehmen als Arbeitnehmer. In der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Grünen bezüglich der Gesundheitsförderung für Arbeitslose steht, dass nur bei vier Prozent der Setting-Maßnahmen Arbeitslose als Zielgruppe genannt wurden (Drs. 17/9860, S.5). Die Bundesagentur für Arbeit ihrerseits hat keinen eigenständigen expliziten Präventionsauftrag. Sie kann Gesundheitsförderung als Bestandteil von Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 45 SGB III anbieten. Dies ist jedoch keine regelhafte Gesundheitsförderung, so dass Personen im SGB II und SGB III nur in Fällen von regionalen Kooperationen wie z.B. dem Projekt Amiga (Brandenburg) oder dem Projekt JobFit (NRW) von Präventionsmaßnahmen bei Arbeitslosigkeit erreicht werden können. Grundlegende Voraussetzung für den Erfolg präventiver Maßnahmen ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes die Freiwilligkeit der Teilnahme. Wir weisen deshalb vorsorglich darauf hin, dass das Sanktionssystem des SGB II sich letztlich nicht auf die Pflege oder Wiederherstellung des Gesundheitszustandes erstrecken darf. Hier sollte vielmehr Unterstützung durch psychosoziale Beratung, motivierende Gesprächsführung und die Entwicklung individueller gesundheitsbezogener Ziele angeboten werden.

§ 20d neu: Nationale Präventionsstrategie

Referentenentwurf

Die Krankenkassen werden verpflichtet, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame Nationale Präventionsstrategie zu entwickeln. Die Nationale Präventionsstrategie umfasst insbesondere die Entwicklung und Vereinbarung bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen sowie die regelmäßige Erstellung eines Präventionsberichts.

Die Rahmenempfehlungen zielen auf die Weiterentwicklung der Qualität von Prävention und Gesundheitsförderung sowie auf die Zusammenarbeit der für die Leistungserbringung zuständigen Träger und Stellen. Dies erfolgt erstmals bis zum 31.12.2015 insbesondere durch Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen sowie der Dokumentations- und Berichtspflichten. Die Rahmenempfehlungen werden im Benehmen mit den Bundesministerien für Gesundheit, Arbeit und Soziales, Ernährung und Landwirtschaft, für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Bundesministerium des Inneren und den Ländern vereinbart. An der Vorbereitung werden die Bun-

desagentur für Arbeit und die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die obersten Landesjugendbehörden beteiligt.

Der Präventionsbericht wird alle 4 Jahre erstellt. Der Bericht enthält insbesondere Angaben zu den Ausgaben für die Leistungen der Träger nach Abs. 1 und ggf. auch der Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, zu den Zugangswegen, den erreichten Personen, der Erreichung der gemeinsamen Ziele und der Zielgruppen, den Erfahrungen mit der Qualitätssicherung und der Zusammenarbeit bei der Durchführung von Leistungen sowie zu möglichen Schlussfolgerungen. Die Nationale Präventionskonferenz leitet den Bericht dem BMG zu. Das BMG legt den Bericht den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes vor und fügt eine Stellungnahme der Bundesregierung bei. Die Leistungsträger nach Satz 4 erteilen der Nationalen Präventionskonferenz die für die Erstellung der Präventionsberichte erforderlichen Auskünfte.

Bewertung

Die Regelungen legen die Grundsätze der Entwicklung und Durchführung der nationalen Präventionsstrategie fest. Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die präventiven Leistungen der Sozialversicherungsträger mit ihren spezifischen Aufgaben im gegliederten System der sozialen Sicherung in einer trägerübergreifenden Präventionsstrategie verknüpft werden. Durch die Festlegung gemeinsamer Ziele und daraus abgeleiteter Zielgruppen und vorrangiger Handlungsfelder werden die Voraussetzungen für koordinierte Maßnahmen der genannten Sozialversicherungsträger geschaffen. Die Berücksichtigung der Belange Langzeitarbeitsloser und die Verzahnung der gesundheitlichen Prävention mit der öffentlichen Jugendhilfe entsprechen einer wiederholten Forderung des Deutschen Caritasverbandes. Allerdings wird die Einbindung der beiden genannten Akteure allein in die Vorbereitung der Rahmenempfehlung als unzureichend bewertet. Da die Umsetzung insbesondere settingbezogener Prävention und Gesundheitsförderung in ihrer Wirksamkeit auf die Kooperation vieler Akteure und flankierende Maßnahmen angewiesen sind, sollte dies auch in einer breiten Trägerschaft der Präventionsstrategie abgesichert werden. Auch die Rückkoppelung mit den genannten Bundesministerien und den Ländern bleibt auf dem Wege der Herstellung des Benehmens zu unverbindlich und damit unzureichend. Selbst unter der Maßgabe, dass die Umsetzung der Präventionsstrategie nur aus zusätzlichen Mitteln der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung (und ggf. den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung) finanziert wird, sollte zumindest sichergestellt sein, dass die Präventionsstrategie von den relevanten Bundesministerien und den Ländern mitgetragen und im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben unterstützt wird. Zudem sollten aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes auch die Bundesministerien für Bildung und Forschung sowie für Umwelt entsprechend einbezogen werden.

Die regelmäßige Erstellung eines Präventionsberichts wird mit den beschriebenen Zielsetzungen und Inhalten ausdrücklich begrüßt, da dies die kontinuierliche Überprüfung und Anpassung der Präventionsstrategie ermöglicht. Der Präventionsbericht soll laut Begründung auch eine Grundlage für die Verbesserung der Kooperation und Koordination sowie für die Weiterentwicklung der gemeinsamen Ziele sein. Für diese Form der Steuerung erscheint uns der Zeitraum von vier Jahren zu lang bemessen. Daher sollte festgelegt werden, wie die Dokumentation von

Maßnahmen, ihrer Zielerreichung und der Qualität der Kooperation auch unabhängig von dem umfassenden Präventionsbericht erfolgen kann (z.B. im Hinblick auf vereinbarte spezifische Fragestellungen oder Erhebungszeiträume), damit bei Bedarf frühzeitig steuernd eingegriffen werden kann. Dies sollte in der Geschäftsordnung der Präventionskonferenz nach § 20e geregelt werden.

§ 20e neu: Nationale Präventionskonferenz

Referentenentwurf

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

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

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

Bewertung

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

Die Regelungen normieren die Aufgabe der nationalen Präventionskonferenz und legen deren Mitglieder fest. Die Einbindung der Unternehmen der Privaten Krankenversicherung unter dem

Vorbehalt der vorgegebenen Kostenbeteiligung an den Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung wird ausdrücklich begrüßt. Die Beteiligung von Bund und Ländern, der Kommunalen Spitzenverbände und der repräsentativen Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer über eine beratende Funktion wird dagegen als unzureichend bewertet. Angesichts der in § 20d Abs. 1 Nr. 1 skizzierten weitreichenden Gegenstände der Präventionsstrategie sowie der hohen Bedeutung von Settingansätzen und der betrieblichen Gesundheitsförderung ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes eine verantwortliche Mitgestaltung der genannten beratenden Mitglieder unerlässlich. Wir halten zudem die Einbindung der Bundesministerien Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Verkehr und Wohnen, Umwelt, Ernährung und Verbraucherschutz sowie Bildung und Forschung für notwendig, um die erforderliche ressortübergreifende Kooperation und Akzeptanz zu gewährleisten. Den Vorsitz der Nationalen Präventionskonferenz sollte das Bundesministerium für Gesundheit innehaben.

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

§ 20f neu: Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie

Referentenentwurf

Die Landesverbände der Krankenkassen, der Ersatz- und Pflegekassen schließen mit den in den Ländern zuständigen Stellen und den für Leistungen der Prävention zuständigen Trägern der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene. Die Rahmenvereinbarungen dienen zur Durchführung der Aufgaben gem. § 20 Abs. 4 Nr. 2 und 3 sowie der §§ 20 a bis 20c erforderlichen Zusammenarbeit.

Die Beteiligten der Rahmenvereinbarungen treffen Festlegungen unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen insbesondere zu gemeinsam und einheitlich zu verfolgenden Zielen und vorrangigen Handlungsfeldern (unter Berücksichtigung der regionalen Er-

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

Bewertung

Die Vorschrift legt das Verfahren zur Operationalisierung der Rahmenempfehlungen nach § 20d auf der Landesebene fest.

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

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

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

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

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

§ 20g neu: Modellvorhaben

Referentenentwurf

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

Bewertung

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

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

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

§ 23 neu: Medizinische Vorsorgeleistungen

Referentenentwurf

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

Bewertung

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

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

ner Pflichtleistung normiert werden, die bei Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen von den Krankenkassen zu finanzieren sind.

Lösungsvorschlag

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

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

§ 25 neu: Präventionsempfehlung im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen

Referentenentwurf

In der Neuregelung wird klargestellt, dass zu den Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V auch die präventionsorientierte Beratung gehört. Die Untersuchungen sollen zudem auch eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention in Form einer ärztlichen Bescheinigung umfassen können, sofern diese medizinisch angezeigt ist.

Bewertung

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

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

regeln. Der Arzt soll im Rahmen der ärztlichen Behandlung auch verpflichtet werden, die Wirkung seiner ärztlichen Empfehlung im Sinne einer Erfolgskontrolle zu überprüfen und die Empfehlung ggf. anzupassen.

Lösungsvorschlag

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

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

§ 26 neu: Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Referentenentwurf

Die Neuregelung weitet das Untersuchungsprogramm der Kinder- und Jugenduntersuchungen durchgängig bis zum achtzehnten Lebensjahr aus. Zudem sollen sich Früherkennungsuntersuchungen für Kinder ab dem 10. Lebensjahr künftig auch expressis verbis auf die psycho-soziale Entwicklung beziehen.

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

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die Früherkennungsuntersuchungen im höheren Alter von Kindern nicht aufhören sollen, sondern nunmehr auch die Gruppe der 6-10jährigen und die Gruppe der Jugendlichen stärker in den Blick genommen und deren spezifische Gesundheitsrisiken im Rahmen der U's erfasst werden können.

Unterstützt wird nachdrücklich, dass die Beratung ein wichtiger Baustein der U's werden soll. Werden Kinder und Jugendliche und deren Eltern über Gesundheitsrisiken aufgeklärt, werden ihnen mögliche präventive Verhaltensweisen und weitere Unterstützungsangebote aufgezeigt, kann wirksam Entwicklungsstörungen vorgebeugt und die Eigenverantwortung für ein gesundes Leben gestärkt werden. Allerdings greift der Wortlaut des Gesetzes im Hinblick darauf zu kurz, dass gesundheitliche Risiken und psychosoziale Belastungen für das Kind nicht erst dann Gegenstand einer Beratung sein sollten, wenn bereits medizinische Anzeichen zu erkennen sind. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbands ist es unbedingt notwendig, dass in einem frü-

hestmöglichen Stadium psychosoziale Belastungen in der Familie erkannt werden, die möglicherweise erst später zu physischen oder psychischen Krankheiten des Kindes führen. Hierbei kommt den Ärztinnen und Ärzten in Geburtskliniken, die in der Regel die U1 und U2 durchführen, eine besondere Bedeutung zu. Geburtskliniken sind als Zugang zu Familien geradezu prädestiniert, um von hier aus eine Brücke in klinikexterne Angebote und Netzwerke Früher Hilfen zu schlagen. Nahezu alle Familien werden erreicht, denn 98 % aller Kinder kommen im Krankenhaus auf die Welt. Die Inanspruchnahme von Leistungen des Krankenhauses rund um die Geburt ist selbstverständlich und wird als nicht stigmatisierend erlebt. Daher ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbands der Gesetzestext dahingehend anzupassen, dass die Beratung auch psychosoziale Belastungen in der Familie erfassen soll, insbesondere in den ersten Lebensjahren des Kindes.

Lösungsvorschlag

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

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

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

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

§ 65a neu: Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Referentenentwurf

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

Bewertung

Der Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten ist ein Wettbewerbselement. Jede Krankenkasse, die den Bonus finanziell tragen kann, wird dieses Instrument anbieten.

Der Deutsche Caritasverband bewertet es als Engführung, den Bonus auf die Auszahlung einer Geldleistung - neben der heute schon möglichen Absenkung der Belastungsgrenze - zu beschränken. Es soll den Krankenkassen überlassen bleiben, welche Art von Bonus sie anbieten. Dies kann ein erhöhter Zuschuss zu den Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V sein oder auch die kostenlose Teilnahme an individuellen Präventionskursen nach § 20 SGB V, um nur einige Möglichkeiten zu nennen. Das Argument aus der Begründung, dass der Bonus immer einen Bezug zu gesundheitlichen Maßnahmen aufweisen muss, ist sachgerecht und nachvollziehbar. Hier bieten sich jedoch mehr Möglichkeiten als die Gewährung einer reinen Geldleistung.

Lösungsvorschlag

In § 65a Absätze 1 und 2 SGB V neu sollen jeweils die Wörter „eine Geldleistung“ gestrichen werden.

In § 65a Absatz 1 SGB V neu wird Satz 2 gestrichen.

Artikel 2: Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

§ 31 Sonstige Leistungen zur Teilhabe

Referentenentwurf

Nach dem geltenden § 31 Absatz 3 SGB VI wird die Deckelung der Aufwendungen der Rentenversicherung für medizinische Leistungen zur Sicherstellung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben, aufgehoben.

Bewertung

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

Artikel 4: Änderung des Achten Buches Sozialgesetzbuch

§ 16 neu: Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie

Referentenentwurf

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

Bewertung

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

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

Lösungsvorschlag

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

„Leistungen zur Förderung der Erziehung in der Familie sind insbesondere

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

§78 c neu: Inhalt der Leistungs- und Entgeltvereinbarungen

Referentenentwurf

In § 78c Absatz 1 Satz 3 wird eingefügt, dass der Träger der stationären Einrichtung zukünftig ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld für den zu betreuenden Personenkreis zu gewährleisten hat.

Bewertung

Die Verpflichtung zur Schaffung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes für den zu betreuenden Personenkreis in § 78c neu ist nicht nachvollziehbar. § 78c behandelt die Regelungen zur Ausgestaltung der Leistungs- und Entgeltvereinbarungen und betrifft im Wesentlichen die (teil-)stationären Einrichtungen der Jugendhilfe. Die im Gesetz vorgesehene Gewährleistungsverpflichtung zur Schaffung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes vermischt Aspekte des Leistungsrechts und des Leistungserbringungsrechts und ist daher unsachgemäß.

Der Deutsche Caritasverband bewertet die Förderung der Gesundheit und die Schaffung eines gesundheitsförderlichen Umfeldes für den zu betreuenden Personenkreis als eine wichtige Aufgabe. Aus unserer Sicht ist die Schaffung eines solchen gesundheitsförderlichen Umfeldes jedoch bereits in § 1 Absatz 3 Ziffer 4 SGB VIII (positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien zu erhalten oder zu schaffen) implizit verankert. Wenn aus Sicht des Gesetzgebers Gesundheitsförderung im Setting der Kinder- und Jugendhilfe gestärkt werden soll, dann könnte dies durch eine rechtliche Präzisierung in den allgemeinen Vorschriften des SGB VIII erfolgen.

Der Deutsche Caritasverband lehnt die vorgesehene Ergänzung des § 78c ab.

Lösungsvorschlag

Die vorgesehene Änderung im §78 c soll gestrichen werden.

Artikel 5: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

Referentenentwurf

Die Pflegekassen sollen Präventionsleistungen in vollstationären Pflegeheimen und Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen erbringen und dafür im Jahr 2016 einen Betrag von 0,30 Euro für jeden Versicherten aufwenden. Dieser Betrag ist in den Folgejahren entsprechend der Änderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV anzupassen. Die Pflegekassen sollen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln. Dabei sollen sie die versicherten Pflegebe-

dürftigen und die Pflegeeinrichtungen einbeziehen. In diesem Rahmen beteiligen sich die Pflegekassen an der nationalen Präventionsstrategie. Nach § 5 Absatz 3 SGB XI neu sollen die Pflegekassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. Unterschreitet eine Pflegekasse den Richtwert der Ausgaben in einem Kalenderjahr, muss sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung stellen, der die Mittel dann auf die Pflegekassen verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben.

Bewertung

Es ist durchaus sachgerecht, die Pflegekassen zum Träger von Präventionsleistungen zu machen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff enthält mit seinem ressourcenorientierten Ansatz der Erfassung und Stärkung von Selbständigkeitspotenzialen explizit einen präventiven Ansatz, der dem bestehenden Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht inhärent ist. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden pflegerische Risiken, z.B. Sturz oder Dekubitus, nicht mehr nur gezielt in den Blick genommen, sondern die pflegerische Planung wird darauf ausgerichtet, wie es gelingen kann, den Eintritt dieser Risiken gezielt präventiv und durch Einsatz gesundheitsförderlicher Ressourcen zu vermeiden. Da der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit dem 2. Pflege-Stärkungsgesetz eingeführt werden soll, kann man die präventiven Leistungen nach § 5 SGB XI neu als weitere „Vorziehleistung“ auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verstehen. Wir weisen darauf hin, dass in § 5 SGB XI neu eine Erweiterung des Leistungsspektrums der Pflegeversicherung auf Leistungen der Prävention stattfindet, während gleichzeitig der Leistungskatalog nach § 28 SGB XI von dieser Neuregelung unberührt bleibt. Dieses ist ein rechtssystematisches Problem, zu dem sich der Gesetzgeber verhalten muss.

Wesentlich zu kurz gegriffen ist die Begrenzung der präventiven Leistungen auf die vollstationären und teilstationären Einrichtungen. Wie eben ausgeführt, werden präventive Elemente im künftigen Leistungsgeschehen im Rahmen eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einen hohen Stellenwert erhalten. Daher ist nicht nachvollziehbar, warum präventive Leistungen aus dem SGB XI auf den vollstationären oder teilstationären Bereich beschränkt sein sollen. Das private Wohnen gehört nach wie vor zu den wichtigsten Lebenswelten älterer Menschen; bei Unterstützungsbedarf gewinnen zunehmend auch neue Wohnformen wie das Leben in ambulant betreuten Wohngruppen an Bedeutung. Gerade bei der primären Prävention in Bezug auf pflegerische Versorgung geht es in erster Linie darum, dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit vorzubeugen und die Menschen dort zu erreichen, wo sie leben, wenn sie Risiko laufen, pflegebedürftig zu werden. Das bedeutet, dass die Leistungen der Prävention im häuslichen Bereich ansetzen müssen. Der Deutsche Caritasverband setzt sich schon seit Jahren für die Erprobung und darauf folgende Einführung eines präventiven Hausbesuchs ein. Vorbild kann Dänemark sein, das für alle Menschen ab dem 75. Lebensjahr einen Rechtsanspruch auf einen solchen Besuch vorsieht. Bei einem solchen Hausbesuch in den Blick genommen werden sollte die Situation des älteren Menschen in Bezug auf sein Wohnumfeld (z.B. die Notwendigkeit wohnumfeldverbessernder Maßnahmen), seine psycho-soziale Situation (z.B. Einsamkeit, Depression, Ängste, Umgang mit Krankheitsbewältigung, Verwahrlosung), seine Selbständigkeit und Teil-

habemöglichkeiten, aber auch der Bereich der Ernährung (z.B. Flüssigkeitszufuhr), der Mobilität (z.B. Sturzgefahr) oder sein soziales Netzwerk.

Lösungsvorschlag

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

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

Referentenentwurf

In der Begutachtung soll regelmäßig eine Aussage getroffen werden, ob die Versicherten einen Beratungsbedarf im Hinblick auf Leistungen der individuellen Verhaltensprävention haben. Die Feststellung zur Rehabilitation in der Rehabilitationsempfehlung wird um Feststellungen zur Prävention erweitert und ist in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung nach § 18a Absatz 6 Satz 3 neu SGB XI zu dokumentieren.

Bewertung

Es ist sinnvoll, bei der Begutachtung gezielt Präventionspotenziale zu erfassen, insbesondere, wenn es um einen Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe 1 geht. Der Beratungsbedarf darf sich jedoch nicht auf individuelle Verhaltenskurse nach § 20 Absatz 5 SGB V neu beschränken, wie im Gesetzestext vorgesehen, sondern muss gezielt alle Elemente, die oben zum präventiven Hausbesuch beschrieben wurden, in die Beratungsleistung einbeziehen.

Lösungsvorschlag

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

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

§ 45 neu: Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Referentenentwurf

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

Bewertung

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

Pflegekurse und individuelle Anleitungen und Schulungen in der Häuslichkeit tragen wesentlich zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen und einer Stabilisierung des Pflegearrangements bei. Nach der bisherigen Rechtslage sollen die Pflegekassen solche Kurse anbieten. Diese Soll-Vorschrift des Angebots ist in einen individuellen Rechtsanspruch des Versicherten bzw. seiner pflegenden Angehörigen umzuwandeln. Die Inanspruchnahme der Leistung wird gegenwärtig erschwert, weil es einer gesonderten Vereinbarung zwischen dem jeweiligen ambulanten Pflegedienst und der jeweiligen Pflegekasse des Versicherten bedarf. Neben der Einführung einer Leistungsverpflichtung gegenüber den Versicherten sollte daher ein Kontrahierungsanspruch für die Leistungsträger mit allen zugelassenen ambulanten Pflegediensten, welche die Leistung gemäß den Qualitätsvorgaben erbringen, statuiert werden. Mit einem individuellen Rechtsanspruch ließen sich auch weitere Problemanzeigen aus der Praxis lösen: So wären die Pflegekassen verpflichtet, bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich die Erstberechtigung für einen Pflegekurs zu bescheinigen. Es wäre auch klargestellt, dass der Anspruch auf einen Pflegekurs auch für pflegende Angehörige von Menschen in der Pflegestufe 0 besteht.

Freiburg, 21.11.2014
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär

Kontakt:

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

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

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