

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention**

hier: Ihr Schreiben vom 31.10.2014,  
Schreiben des Deutschen Städtetages vom 24.11.2014,  
Stellungnahme der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände vom 21.11.2014

Sehr geehrte Damen und Herren,

durch die Verwendung einer fehlerhaften E-Mailadresse hat der Referentenentwurf eines Präventionsgesetzes den Deutschen Städtetag zunächst leider nicht erreicht. Im weiteren Verlauf des Novembers haben wir jedoch in Absprache mit den anderen kommunalen Spitzenverbänden dennoch zunächst eine erste Stellungnahme im Rahmen der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände mit Datum vom 21.11.2014 abgegeben. Wir hatten mit Schreiben vom 24.11.2014 darauf hingewiesen, dass ggf. weitere Positionierungen noch eingebracht werden.

Vor den geschilderten Hintergründen verweisen wir zunächst auf die abgegebene Stellungnahme vom 21.11.2014. Kurzfristig und ergänzend möchten wir, nach weiteren Rückmeldungen aus unserer Mitgliedschaft, auf folgende weitere bzw. besonders wichtigen Aspekte hinweisen und bitten Sie um Berücksichtigung im weiteren Verlauf der Gesetzesentwicklung.

Vorab möchten wir zunächst noch einmal deutlich hervorheben, dass im vorliegenden Gesetzentwurf zu wenig bewährte Strukturen auf kommunaler Ebene Berücksichtigung finden. Gerade im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung spielt der örtliche Netzwerkgedanke eine besondere Rolle, der etwa im Rahmen kommunaler Gesundheitskonferenzen mit Erfolg umgesetzt wird. Dieses Zusammenwirken verschiedenster Akteure auf kommunaler Ebene bedeutet ein großes Potential – auch für alle zusätzlichen Mittel, deren Bereitstellung, etwa durch die Sozialversicherungsträger, auch von uns begrüßt wird. Damit diese jedoch bestmöglich wirken können, sollten die örtlichen Strukturen genutzt und unterstützt werden und nicht zuvorderst auf Bundes- und Landesstrukturen gesetzt werden. Die Begriffe Lebenswelt, Kooperation und Koordination werden zwar richtigerweise aufgegriffen. Es erfolgt aber eine nur unvollständige Fokussierung auf den nahen, lebensweltlichen Bereich. Gerade hier müsste, auch finanziell, ermöglicht werden, örtlich bedarfsgerecht zu koordinieren und zu steuern. Die Kommunen erbringen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung bereits derzeit – gewissermaßen in Vorleistung – in nicht unerheblichem Umfang Leistungen auf verschiedenen Ebenen. Insbesondere in der Sozial- und Gesundheitsverwaltung werden bezogen u.a. auf die Settings Kita, Schule, Lebenswelt ältere Menschen und für Zielgruppen mit besonderem Bedarf wie Migrantinnen und Migranten, sozial benachteiligte Familien, von Gewalt betroffene Frauen, von Alkoholmissbrauch gefährdete Jugendliche, Pflegebedürftige, psychiatrieerfahrene Menschen u.a. primär- und sekundärpräventive Angebote vorgehalten. Im Sinne einer Weiterentwicklung dieser Präventionsarbeit wäre eigentlich eine Koordination dieser Aufgaben und Angebote auszubauen. Entsprechende koordinierende Aufgaben der Kommunen und die örtlichen Kooperation zu unterstützen, sollte stärker in den Entwurf eines Präventionsgesetzes aufgenommen werden. Hier eingesetzte **und** hier koordinierte Mittel zeigen eine bessere Wirkung, als wenn Bundes- oder Landesebene zu örtlichen Bedarfen entscheiden. Zudem ergeben sich folgende, weitere Hinweise:

- Insgesamt überrascht, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst mit seiner lebensweltnächsten Organisationsform, nämlich den kommunalen Gesundheitsämtern keine besondere Berücksichtigung in den Überlegungen des Entwurfes zu einem Präventionsgesetzes findet, die ihm aufgrund seiner vielfältigen Aktivitäten in diesem Bereich zustehen würde. Die Kommunen nehmen eine Schlüsselposition in der Vernetzung und Koordinierung verschiedener Akteure und Fragestellungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ein, arbeiten sozialraumorientiert, kleinräumig, lebenswelt- und lebensrealitätsorientiert und kennen die lokale Umsetzungs- und Zugangsebenen am besten. Das ist gerade im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention dringend geboten. Der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVöGD) hat zur Einbindung des ÖGD als Kooperationspartner vielversprechende Vorschläge, insbesondere zu § 20 Abs. 3 und § 20 f SGB V unterbreitet.
- Dass andere Träger sich mit in der Verantwortung sehen, ist vielfältig und vielerorts in guter Weise gegeben. Auch bestehen verschiedene grundsätzliche Positionierungen von Institutionen zum Thema. Etwa hat der GKV-Spitzenverband in seinem Leitfaden Prävention zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V dem Setting Kommune eine besondere Bedeutung beigemessen. Beispielsweise hat auch der Deutsche Volkshochschulverband in seinem von uns positiv gesehenen Positionspapier „Volkshochschulen – starke Partner in Prävention und Gesundheitsförderung“ beschrieben, wie sich die Volkshochschulen in diesen Bereich einbringen können.

Das Zusammenspiel von Initiativen, Vereinen, Wohlfahrtsträgern oder anderer Strukturen ganz unterschiedlicher Bereiche muss aber vor allem örtlich gelingen und genau an dieser Stelle kann kommunales Agieren besonderen Nutzen stiftet, wenn dies den Kommunen – auch finanziell – ermöglicht wird.

- Anzumerken ist, dass Gesundheitsförderung und Prävention mittlerweile auch besonders die psychische Gesundheit betrifft. Daher sollten Überlegungen zur Förderung seelischer Gesundheit und Prävention, psychischer Erkrankungen bzw. auch lebensbedrohlicher Verhaltensweisen wie z. B. Suizidalität noch mehr als bisher Eingang in ein Präventionsgesetz finden.
- Der Auftrag aus dem Koalitionsvertrag und dem 87. GMK-Beschluss „alle Sozialversicherungsträger“ einzubeziehen erscheint nicht erfüllt. Der Einbezug der Grundsicherung für Arbeitssuchende ist deshalb zu ergänzen. Ein Finanzierungsbeitrag, mit dem sich die Arbeitslosenversicherung an den Aufgaben beteiligt, ist zu benennen. Insbesondere Langzeitarbeitslose gehören zu dem Adressatenkreis, der gem. § 20 PräVG angesprochen und erreicht werden soll. Diese Aufgabe kann nicht nur über Krankenkassenfinanzierung umgesetzt werden. Deshalb sollen alle Träger an den Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention mitwirken, die Sozialleistungen nach dem Sozialgesetzbuch erbringen.

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

- Gemäß § 20 sollen Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Diese Zielsetzung ist nur durch eine deutlichere Verstärkung finanzieller Mittel umzusetzen. Mindestens aber muss der überwältigende Teil der Mittel in Lebenswelten eingesetzt werden.
- Die Förderung von bundes- und landeszentralen Strukturen sollte nach unserem Erachten nicht im Vordergrund eines Präventionsgesetzes stehen. Wenn aber Strukturen auf diesen Ebenen gleichwohl geschaffen werden, wie etwa die Nationale Präventionskonferenz gemäß § 20e, so

halten wir darin die kommunale Beteiligung mit nur einem Sitz als beratende Stimme für absolut unterrepräsentiert und nicht der Bedeutung der kommunalen Ebene angemessen.

- In den letzten Jahren ist deutlich geworden, dass zielgerichtete, verbindliche und effektive Koordinierung und Kooperation Voraussetzungen sind, Gesundheitsförderung und Prävention erfolgversprechend umzusetzen. Deshalb muss in dem Präventionsgesetz das in diesem Kontext mögliche Maß an Regelung getroffen werden, um eine verstärkte und verbindliche Koordinierung und Vernetzung, auf den Handlungsebenen Bund, Länder und Kommunen zu fördern. Es ist gesetzlich eindeutig zu klären, dass Sozialversicherungsträger sowie Länder und Kommunen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten und in Wahrnehmung einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung gemeinsam darauf hinwirken, die gemeinsam vereinbarten Ziele von Prävention und Gesundheitsförderung zu erreichen. Zur Förderung dieser Aufgabe haben sich die Sozialversicherungsträger regelmäßig mit den für Prävention und Gesundheitsförderung von den Ländern und Kommunen zuständigen Stellen und Diensten über die regionalen Erfordernisse von Gesundheitsförderung und Prävention abzustimmen. Festlegungen zum Verfahren der Abstimmung sowie der zu beteiligenden Stellen und Dienste werden im Rahmen von Rahmenvereinbarungen getroffen. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass bisherige Maßnahmen und Programme in Ländern und Kommunen weiterhin Bestand haben können. Der § 20f des Gesetzes ist dahingehend anzupassen.
- Hinsichtlich der Einbindung der BZgA bei der Umsetzung von Prävention in Lebenswelten, sieht der Referentenentwurf vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gem. § 20a Abs. 3 die BZgA zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen zur Prävention in Lebenswelten beauftragt. Die BZgA erhält dafür mindestens 35 Mio. Euro. Die Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten werden gem. § 20f über Landesrahmenvereinbarungen unter Berücksichtigung der regionalen Erfordernisse auf regionaler Ebene vereinbart. Zur Einbindung der BZgA erhielten wir unterschiedliche Rückmeldungen aus unserer Mitgliedschaft. Zum einen wurde die settingorientierte Einstellung, die besondere Berücksichtigung sozial Benachteiligter Gruppen und das dementsprechende Themengrundverständnis der BZgA besonders anerkannt. Allerdings wurde andererseits auch befürchtet, dass eine Abstimmung mit der Bundesorganisation BZgA unnötigen Verwaltungsaufwand generiert und bereits erprobten Verfahren in den Ländern zuwider laufen könnte und das daher kassenübergreifende Aktivitäten auch ohne die BZgA angestrebt werden sollten. Demzufolge wäre stattdessen die Sicherstellung von Zielorientierung und Qualität in der Gesundheitsförderung und Prävention und deren Evaluation über ein nationales Kompetenzzentrum zu gewährleisten, das dann bei der BZgA angesiedelt sein könnte. Die BZgA erhielte demzufolge einen Teil der Mittel für bundesweite Kampagnen zur Prävention.
- Es ist sicherzustellen, dass die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht nur eine individuelle Verantwortung für Gesundheit fördert, sondern auch die Förderung von Rahmenbedingungen für Gesundheit zur Aufgabe hat. In diesem Sinne soll sich die GKV auch an dem Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen beteiligen, um das Maß an Selbstbestimmung der Bürgerinnen und Bürger über die Gesundheit zu erhöhen.
- Die Soziale Pflegeversicherung soll sowohl für den stationären, als auch ambulanten Bereich einbezogen werden.

Der ambulante Sektor wächst in seiner Bedeutung, was auch durch entsprechende präventive Aktivitäten ausgedrückt werden muss. Außerdem sind Präventionserfolge bei mutmaßlich noch etwas jüngerem und noch selbstständig lebenden älteren Menschen eher zu erwarten.

- Im Sinne der gesellschaftlichen Gesamtaufgabe von Gesundheitsförderung und Prävention und der Interventionen in Lebenswelten, die ja auch von Privat-Versicherten genutzt werden, sollte die Private Krankenversicherung (PKV) verpflichtend eingebunden und an der Finanzierung beteiligt werden.
- Der nach § 65a geplante Bonus als Geldleistung sollte nur als Satzungsleistung ermöglicht werden. Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20) sollen nach § 20 „insbesondere zur Vermeidung sozial bedingter [.....] Ungleichheit von Gesundheitschancen betragen“. Mit diesen Bonusleistungen werden aber in erster Linie Versicherte belohnt, die ohnehin in der Lage sind, für ihre Gesundheit Sorge zu tragen. Diese Mitnahmeeffekte sollten vermieden werden. Stattdessen sollten Gesundheitsförderungsaktivitäten in Lebenswelten zusätzlich gestärkt werden, wo sie für die Zielgruppen gem. § 20 größere Wirkungen entfalten.