

# Stellungnahme

**Diakonie**   
**Deutschland**

Evangelischer Bundesverband  
Evangelisches Werk für Diakonie  
und Entwicklung e.V.

**Referentenentwurf: Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)**

Berlin, 21. November 2014

## **Stellungnahme der Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention**

Die Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband nimmt als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege wie folgt Stellung:

### **1. Allgemeines**

Die Diakonie Deutschland begrüßt das Anliegen des Referentenentwurfs, Primärprävention und Gesundheitsförderung neu zu regeln. Die Diakonie Deutschland hat in den letzten Jahren die Diskussion um ein Präventionsgesetz intensiv begleitet und ihre Erwartungen an ein Präventionsgesetz ausführlich formuliert, hingewiesen sei auf unser Positionspapier zur „Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen“. Die Diakonie Deutschland hat anhand dieser konkreten Zielgruppe ihr Verständnis von Prävention umfassend dargelegt, auf strukturelle Probleme der Präventionslandschaft aufmerksam gemacht und Lösungsvorschläge entwickelt.

Nach Auffassung der Diakonie Deutschland sollte ein Präventionsgesetz die nichtmedizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung regeln. Die Erwartung, die nichtmedizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung werde hauptsächlich durch die Krankenkassen finanziert, unterliegt dem Missverständnis, Gesundheitsförderung fände im Gesundheitssystem statt. Schwerpunkt sollte vielmehr die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebensbedingungen sein. Verhaltenspräventive Maßnahmen sind in der Regel nur eingebettet in den „Settingansatz“ wirksam. Konzeptionell sollte deshalb das Präventionsgesetz auf Lebenslagen bezogen sein. Es soll dazu dienen, gesundheitliche Ungleichheit abzubauen. In struktureller Hinsicht ist es wichtig, dass die Präventionsträger gut zusammenarbeiten und stabile Kooperationsstrukturen geschaffen werden. Wir wissen, dass dies im föderalen Staat mit gegliedertem Sozialversicherungssystem eine große Herausforderung ist. Eine breite Verantwortungsübernahme für die Gesundheitsförderung muss zugleich die unterschiedlichen Aufgaben der Träger der sozialen Sicherung im Blick behalten. Bund, Länder, Kommunen sowie einzelne Sozialversicherungszweige haben sich je nach Aufgabe an der Finanzierung zu beteiligen. Die Einbeziehung der Rentenversicherung muss mit Bedacht erfolgen, eine Einbeziehung der Pflegeversicherung mit Teilleistungsstatus ist abzulehnen. Auch der Einbezug der Arbeitslosenversicherung wäre problematisch. Die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen sind wie die öffentlichen einzubeziehen. Bund, Länder, Kommunen sowie einzelne Sozialversicherungszweige haben sich je nach Aufgabe – neben der privaten Krankenversicherung - an der Finanzierung zu beteiligen.

Präventions- und Gesundheitsförderung können nur gelingen, wenn die Menschen, um die es geht, einbezogen werden. Dies gilt über die praktische Präventionsarbeit hinaus auch für die Beteiligung an den Fest-

legungen zu den präventiven Handlungsfeldern, den Strategien und zu Fragen der Qualitätssicherung. Deshalb ist es von großer Bedeutung, dass die Zivilgesellschaft sich an diesen Prozessen beteiligen kann. Dies verlangt den öffentlichen „Präventionsträgern“ einen Perspektivenwechsel ab, weg von der Maßnahme hin zu einem partizipativen Prozess.

Die Diakonie weist auf die Gefahr hin, dass ein Präventionsgesetz und seine Umsetzung mit zu starren und bürokratischen Vorgaben verbunden sind. Uns ist es wichtig, dass die Akteure im Bund und vor allem in den Ländern und Kommunen Raum haben zu entscheiden, präventiven Erfordernissen vor Ort zu begegnen.

Der Referentenentwurf wird von der Diakonie Deutschland differenziert beurteilt: Er enthält zahlreiche positiv zu bewertende Elemente, aber auch zahlreiche Bestimmungen, die aus unserer Sicht in die falsche Richtung gehen und dringend korrigiert werden müssen.

Insbesondere folgende Regelungen im Referentenentwurf begrüßt die Diakonie Deutschland:

- Primärpräventive Leistungen der GKV erhalten ein stärkeres Gewicht.
- Die Verpflichtung der Kassen, einen bestimmten Betrag explizit für lebensweltbezogene Präventionsmaßnahmen bereitzustellen, ist sinnvoll. Auch begrüßen wir die Klarstellung, dass es sich bei diesem Betrag um einen unteren Grenzwert handelt.
- Die Zielsetzung, betriebliche Gesundheitsförderung gezielt zu stärken und mithin dem Betrieb als wichtiger Lebenswelt gerecht zu werden, sehen wir positiv. Auch das Kooperationsgebot der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung ist zu begrüßen.
- Die Fokussierung auf gemeinsame Ziele erlaubt eine bessere Abstimmung der Akteure.

Als problematisch bewertet die Diakonie Deutschland vor allem:

- einen auf individuelle Ressourcen bezogenen Begriff von Gesundheitsförderung, führt weg von dem Anliegen, Lebensbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten
- die zu starke Betonung der medizinischen Verhaltensprävention
- die mangelhafte Nichteinbeziehung der Zivilgesellschaft in die vorgesehenen neuen Gremien
- die Beauftragung der BZgA mit auf die Lebenswelt bezogene Aufgaben
- die Einbeziehung der Pflegeversicherung bei Übertragung von Aufgaben der Krankenversicherung
- nicht ausreichende Kooperationsregelungen in der betrieblichen Prävention
- nicht ausreichende Kooperationsregelungen in den Ländern und Kommunen
- die mangelnde Verantwortung des Bundes zusammen mit den Ländern für die Etablierung und Finanzierung der für die nichtmedizinische Primärprävention notwendigen Infrastruktur.

Die Diakonie Deutschland schlägt deshalb folgende Veränderungen vor:

- Mehr Partizipation ermöglichen: Prävention und Gesundheitsförderung können nur gelingen, wenn die Menschen, um die es geht, einbezogen werden. Dies gilt über die praktische Präventionsarbeit hinaus auch für die Beteiligung an den übergeordneten Festlegungen zu den präventiven Handlungsfeldern, Strategien und der Qualitätssicherung. Deshalb ist es von großer Bedeutung, dass die Zivilgesellschaft sich an diesen Prozessen beteiligen kann. Dies verlangt den öffentlichen „Präventionsträgern“ einen Perspektivenwechsel ab, weg von der Maßnahme hin zu einem partizipativen Prozess.
- Themen Seelische Gesundheit und Sucht integrieren: Wichtige Bausteine der Prävention, wie die Suchtprävention oder die Prävention psychischer Störungen, sollten eingefügt werden. Neben der hohen Relevanz dieser Themen existieren hier bereits vergleichsweise differenziert ausgearbeitete Präventionskonzepte.

- **Stabile Präventionsstrukturen schaffen:** Der Gesetzentwurf sollte klären, wie die Verantwortung des Bundes zusammen mit den Ländern für die Etablierung und Finanzierung der für die nichtmedizinische Primärprävention notwendigen Infrastruktur ausgefüllt werden soll. Primärprävention sollte durch den Bund und die Länder mitfinanziert werden. Insbesondere auf Landesebene bedarf es stabiler Strukturen. Der Entwurf sollte eine Regelung für eine - aus Sicht der Diakonie - wichtige Aufgabe des Bundes enthalten, nämlich die Bereitstellung von Mitteln für den Ausbau der gesundheitswissenschaftlichen/Public Health-Forschung mit dem Ziel der Erarbeitung von setting-orientierten Präventionskonzepten.
- **Lokale Gestaltungsspielräume ermöglichen:** Die Diakonie weist auf die Gefahr hin, dass ein Präventionsgesetz und seine Umsetzung mit zu starren und bürokratischen Vorgaben verbunden sein könnten. Uns ist es wichtig, dass die Akteure in den Ländern und Kommunen über Gestaltungsspielräume und Entscheidungskompetenzen verfügen, präventiven Erfordernissen vor Ort zu begegnen. Wir sehen die grundsätzliche Gefahr, dass Prävention als administratives Geschehen verstanden wird, durch das standardisierte Leistungspläne in die „Lebenswelten“ implementiert werden. Die Vielzahl von unterschiedlichen Lebenslagen, von Menschen mit unterschiedlichen Problemkonstellationen darf nicht auf wenige Handlungsfelder und Interventionsstrategien reduziert werden.

## 2. Zu einzelnen Aspekten

Zu einzelnen Themen des Referentenentwurfs nimmt die Diakonie Deutschland wie folgt Stellung:

### A. Artikel 1 - Änderung des Sozialgesetzbuchs V

- **§ 1 SGB V Satz 1, Solidarität und Eigenverantwortung**

**Referentenentwurf:** Die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten wird ergänzt.

**Bewertung:** Die Diakonie plädiert dafür, auf die vorgeschlagene Regelung zu verzichten.

Die Betonung der gesundheitlichen Eigenverantwortung verschiebt die Aufgabe eines Präventionsgesetzes von der lebenslagenbezogenen Prävention hin zur individuellen Verantwortung für die Gesundheit. Der einzelne Mensch ist jedoch nur sehr bedingt in der Lage, gesundheitliche Risiken, die sich aus der Lebenslage ergeben, zu kompensieren. In der Individualisierung und Moralisierung des gesundheitsbezogenen Lebensstils sieht die Diakonie deshalb ein Problem. Deshalb sollte ein Präventionsgesetz sich auf die Gestaltung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen konzentrieren. Der einzelne Mensch sollte befähigt werden, aber die Entscheidung, wie ein Mensch leben will, sollte ihm überlassen bleiben. Unserer Auffassung nach sind es häufig zu geringe Handlungsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten, die Menschen darin behindern, die Fürsorge für ihre Gesundheit wahrzunehmen. Mitunter stellen ungesunde Verhaltensweisen auch einen Versuch dar, Belastungen wie Stress, Zeitmangel, finanzielle Nöte kurzfristig zu bewältigen. Die Diakonie hält die bisherige Formulierung zum Grundsatz der Eigenverantwortung § 1 SGB V für ausreichend.

- **§ 2b SGB V, Geschlechtsspezifische Besonderheiten (neu)**

**Referentenentwurf:** Es wird neu eingeführt, dass bei Leistungen geschlechtsspezifischer Besonderheiten Rechnung zu tragen ist.

**Bewertung:** Die vorgeschlagene Bestimmung wird als Beitrag zum Gender Mainstreaming im Bereich des SGB V begrüßt. Um über den postulatorischen Charakter hinauszukommen, spricht sich die Diakonie dafür aus, Probleme der geschlechtsspezifischen Gesundheitssicherung in einer sektorenübergreifenden Strategie systematisch unter Einbeziehung aller wichtigen Akteure zu bearbeiten. Das Thema ist zudem in der Public Health-Forschung zu stärken.

- **§ 20 SGB V, Primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

**Referentenentwurf:** Der neue Paragraph regelt die primäre Prävention und Gesundheitsförderung. Zukünftig sollen Krankenkassen in ihren Satzungen Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken und zur Gesundheitsförderung, hier gefasst als selbstbestimmtes gesundheitliches Handeln der Versicherten, vorsehen. Insbesondere soll auf die Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen abgezielt werden.

Durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sollen einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für diese Leistungen festgelegt werden. Dabei soll unabhängiger Sachverstand (gesundheitswissenschaftlich, ärztlich etc.) einbezogen werden. Es soll ein Zertifizierungsverfahren für Leistungen entwickelt werden. Die Festlegungen werden online veröffentlicht.

Dabei sollen sieben Gesundheitsziele (zu Diabetes mellitus II, Brustkrebs, Tabakkonsum, gesund aufwachsen, Gesundheitliche Kompetenz, Depressionen, gesundes Altern) berücksichtigt werden.

Beabsichtigt sind Leistungen der individuellen Verhaltensprävention, zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und zur Gesundheitsförderung in Betrieben.

Leistungsangebote sind zu zertifizieren. Die Kassen sollen zur Wahrnehmung ihrer Ausgaben mit einer Übergangszeit ab dem Jahr 2016 einen Betrag von 7 € pro Versichertem ausgeben, davon mindestens 2 € für lebensweltbezogene Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung.

**Bewertung:** Die Bestimmung von primärer Prävention und Gesundheitsförderung als in der Satzung der Krankenkassen aufzunehmende Leistungen wird ausdrücklich begrüßt.

Problematisch ist jedoch die begriffliche Fassung der verwendeten Begriffe: Gesundheitsförderung ist keinesfalls auf die „Förderung des selbstbestimmten gesundheitlichen Handelns der Versicherten“ zu reduzieren. Gesundheitsförderung muss immer auch auf die Gestaltung der Lebensverhältnisse zielen. Ein Bezug darauf, damit auf Verhältnisprävention, findet sich nicht, auch der Begriff der primären Prävention wird nicht auf Lebenslagen bezogen. Aufgrund dieser begrifflich-konzeptionellen Entscheidung droht das Präventionsgesetz stark verhaltensorientiert ausgerichtet zu werden.

Die Festlegung von einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien durch den GKV-Spitzenverband wird begrüßt, sie sollte im Einvernehmen mit der nationalen Präventionsstrategie erfolgen.

Hinsichtlich des einheitlichen Verfahrens für die Zertifizierung von Leistungsangeboten ist aus Sicht der Diakonie Skepsis in dem Sinne angebracht, dass bürokratische Regelungen vermieden werden müssen. Insbesondere lebensweltbezogene Maßnahmen sind nur durch Partizipation mit den betroffenen Menschen möglich, sie sind nur begrenzt planbar und standardisierbar. Stattdessen geht es um Qualitätskriterien wie Partizipation, die Ausrichtung auf das Ziel der Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit, etc., wie sie im Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ formuliert wurden.

Die Formulierung von krankheitsbezogenen Gesundheitszielen ist in manchen Hinsichten problematisch. (Diabetes, Brustkrebs, Depression). Viele Maßnahmen der nichtmedizinischen Primärprävention und Gesundheitsförderung sind unspezifisch, aber dennoch erfolgreich. Ihre direkte Verbindung zu bestimmten Krankheiten ist deshalb nicht sinnvoll. Sofern Früherkennungsmaßnahmen verbessert werden sollen, sind sie von Maßnahmen der sozialen Prävention deutlich abzugrenzen und getrennt zu diskutieren (Diabetes mellitus Typ 2). Bei der Bewältigung von Krankheiten kommt nichtmedizinischer Prävention hingegen eine große Rolle zu („Lebensqualität erhöhen“ im Kontext von Brustkrebs). Bezüglich der Mortalität von Brustkrebs ist ein Präventionsgesetz überfordert. Die Reduzierung von Tabakkonsum muss in eine übergreifende Strategie der Suchtprävention eingebaut werden. Auch die Prävention von depressiven Erkrankungen muss in eine Strategie einpasst sein, die spezifische und unspezifische Maßnahmen verbindet.

Wie schon in Abs. 1 wird auch in Abs. 4 der Unterschied zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention begrifflich nivelliert. Neben Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention werden Leistungen zur Prä-

vention und Gesundheitsförderung in Settings (Lebenswelten und Betriebe) erbracht. Primärprävention und Gesundheitsförderung sollten aber nicht nur in Settings stattfinden, sondern die Settings sind selbst gesundheitsförderlich zu gestalten. Die in Abs. 4 ausgedrückte Engführung ist abzulehnen. Die Diakonie gibt zu bedenken, dass die Komm-Struktur verhaltensorientierter Angebote gerade sozial benachteiligte Gruppen kaum erreicht.

Ausdrücklich begrüßt wird hingegen, dass für die Maßnahmen in Lebenswelten und Betrieben jeweils ein eigener finanzieller Betrag zur Verfügung gestellt wird. Die Höhe aller Teilbeträge ist recht hoch.

Die Diakonie hält es für sinnvoll, Präventionsmaßnahmen in viel stärkerem Maße als dies bislang geschieht, auf die Lebenssituation besonders vulnerabler Gruppen auszurichten. So fehlt es beispielsweise bislang nachweislich an wirksamen und finanzierten Maßnahmen der Gesundheitsförderung für psychisch kranke Menschen, mehrfachbehinderte Menschen, suchtkranke Menschen, Erwerbs-, Wohnungslose und Flüchtlinge. Zu denken ist auch an Menschen, die einer Trauerbegleitung bedürfen, Kinder von psychisch kranken Eltern oder von Gewalt bedrohte Menschen. Oftmals haben sich Menschen mit diesen oder anderen Problemen selbst organisiert, z.B. in Selbsthilfegruppen. In präventiver Hinsicht ist es geboten, mit der Selbsthilfe zusammenzuarbeiten und diese ausreichend zu finanzieren. Exemplarisch sollen Probleme der gesundheitlichen Versorgung von Prostituierten oder von Menschenhandel Betroffenen genannt werden: Wie auch Menschen in anderen problematischen Lebenskonstellationen brauchen sie (hier: anonyme und kostenlose) Untersuchungs- und Beratungsangebote sowie aufsuchende Arbeit durch spezialisierte Beratungsstellen und das Gesundheitsamt, die betroffenen Menschen müssen in die Planung und Umsetzung von gesundheitsbezogenen Angeboten einbezogen werden und eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen sozialen, gesundheitlichen und weiteren Einrichtungen bzw. Institutionen ist notwendig, wie auch mehrsprachige Informationen über gesundheitliche und soziale Angebote.

An dieser Stelle geht es nicht um eine abschließende Auflistung, worauf es uns ankommt ist, dass die präventiven Strategien der Vielgestaltigkeit des sozialen Lebens gerecht werden. Prävention kann das nur, wenn die Akteure in den einzelnen sozialen Feldern schon in die Formulierung der präventiven Anliegen einbezogen werden.

- **§ 20a SGB V, Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten**

**Referentenentwurf:** Als Lebenswelten werden für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports definiert. In diesen Bereichen sollen die Krankenkassen zukünftig den Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen fördern. Dazu gehören Erhebungen zur gesundheitlichen Situation und die Entwicklung von Vorschlägen zu deren Verbesserung, die Stärkung von Ressourcen und Fähigkeiten und die Unterstützung der Umsetzung dieser Vorschläge. Bei Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen kann die Krankenkasse zukünftig auch Leistungen zur Prävention in Lebenswelten erbringen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung führt ab 2016 kassenübergreifende Leistungen zur lebensweltlichen Prävention v. a. für Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen durch, ggf. mit geeigneten Kooperationspartnern. Dafür erhält sie mindestens ein Viertel der Mittel, die die Krankenkassen für lebensweltbezogene Prävention aufzuwenden haben.

**Bewertung:** Die Nennung von ausgewählten „Lebenswelten“ wird begrüßt. Die Formulierung sollte jedoch offener gestaltet werden, um die präventiven Handlungsfelder nicht unnötig einzuschränken. Zugleich ist die Nennung des Sports problematisch, die Nennung etwa von Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (wie dies in Absatz 3 ja auch geschieht) sowie insbesondere des Bildungsbereichs (v. a. der Schulen) notwendig. Gesundheitsfördernde Angebote, die sich an Familien richten, sind aufzunehmen. Für viele Menschen (z. B. für alte Menschen und Familien) stellt das Wohnquartier ein besonders wichtiges Setting dar, es sollte deshalb auch genannt werden.

Die Formulierung vom „Aufbau und Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ ist undeutlich, denn es ist nicht eindeutig, dass es sich um die Strukturen der Lebenswelt handelt.

Problematisch ist die Beauftragung der BZgA durch den GKV-Spitzenverband. So begrüßenswert es ist, die Prävention in Lebenswelten kassenübergreifend zu leisten, so wenig überzeugend ist die Übertragung auf die BZgA, die fernab der „Lebenswelten“ Aufgaben wahrnimmt und deshalb ihrerseits Kooperationspartner heranziehen soll.

Ebenso problematisch ist es, dass die BZgA für diese Leistungen aus dem Etat der Krankenversicherung vergütet werden soll. Im Gesetz sollte sehr deutlich zwischen Aufgaben und Finanzierung von Präventionsträgern durch die GKV und Aufgaben des Bundes unterschieden werden. Anstelle der BZgA sollen die Krankenkassen selbst die o. g. kassenübergreifenden Leistungen vereinbaren. Die Aufgaben der BZgA sollten konzentriert werden auf Kampagnen, Modellprojekte und Qualitätssicherung. Diese Aufgaben sollten aus dem Bundeshaushalt finanziert werden.

- **§ 20b SGB V, Betriebliche Gesundheitsförderung**

**Referentenentwurf:** Die Betriebsärzte werden zukünftig an der Erhebung der gesundheitlichen Situation beteiligt. Außerdem bieten die Krankenkassen Unternehmen neu in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an, insbesondere Informationen über Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

**Bewertung:** Die Einbeziehung der Betriebsärzte erscheint sinnvoll, um sicherzustellen, dass alle Kompetenzen und stakeholder an der betrieblichen Prävention beteiligt sind.

Als ein Schritt in die richtige Richtung wird die Absicht begrüßt, dass die Krankenkassen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Servicestellen Beratung und Unterstützung anbieten sollen. Jedoch ist diese Kooperationsbestimmung nicht ausreichend. § 20a SGB V sieht bereits jetzt vor, dass Krankenkassen und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung in regionalen Arbeitsgemeinschaften zusammenarbeiten sollen. Diese Form der Kooperation sollte unter Einbeziehung der gesetzlichen Rentenversicherung verpflichtend werden.

Zudem ist die Aufgabenstellung der regionalen Arbeitsgemeinschaften/Koordinierungsstellen dahingehend zu erweitern, dass sie für die Unternehmen und die in ihnen beschäftigten Arbeitnehmer ein Fallmanagement anbieten, um Schnittstellenprobleme zwischen Prävention, Kuration, BEM und medizinischer Rehabilitation zu lösen. Da diese Aufgaben mehreren Trägern der sozialen Sicherung übertragen sind, bietet sich eine entsprechende Formulierung im SGB IX an mit Verweisen auf Formulierungen in den speziellen Sozialgesetzbüchern. Der Bezug auf das SGB IX ist auch deshalb sinnvoll, weil auf diese Weise § 3 SGB IX (Vorrang von Prävention) und die diesbezügliche Gemeinsame Empfehlung (nach § 13 Abs. 2 Punkt 1) besser umgesetzt werden könnten.

Die Bereitstellung von nicht verausgabten finanziellen Mitteln und ihre Neu- bzw. Weiterverteilung wird ausdrücklich als Anreiz, die betriebliche Prävention zu verstetigen, begrüßt.

Vermissen lässt der Gesetzentwurf spezifische Maßnahmen, um der Zunahme diagnostizierter psychischer Erkrankungen entgegenzuwirken. Besonders verhältnispräventive Maßnahmen in Betrieben können zu einer Verringerung der Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit beitragen sowie einen vorzeitigen Eintritt in das Rentenalter vermeiden helfen.

- **§ 20d SGB V, Nationale Präventionsstrategie**

**Referentenentwurf:** Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherungsträger und Pflegekassen sollen eine gemeinsame Präventionsstrategie entwickeln. Dies umfasst bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung von Gesundheitsförderung und Prävention, zur Zusammenarbeit der zuständigen Akteure, zu gemeinsamen Zielen und vorrangigen Handlungsfeldern und Zielgruppen sowie zu den zu beteiligenden Akteuren und Dokumentationspflichten. Dies soll im Benehmen mit

BMAS, BMFSFJ und BMG sowie unter Einbezug von Bundesagentur für Arbeit, Trägern der Grundsicherung und der öffentlichen Jugendhilfe (als Beteiligung an der Vorbereitung) geschehen. Alle 4 Jahre soll ein Präventionsbericht (zu den Ausgaben, den Zugangswegen, den erreichten Personen, den erreichten Zielen, der Qualitätssicherung und der Zusammenarbeit etc.) verfasst werden, der dem BMG zugeleitet wird.

**Bewertung:** Der im Entwurf formulierte Weg, dass sich auf Bundesebene Akteure durch Rahmenempfehlungen abstimmen, ist grundsätzlich eine elegante Lösung im föderalen und gegliederten System. Die geringe Anzahl der Beteiligten, wobei zu beachten ist, dass Unfall- und Rentenversicherung (richtigerweise) sich nur mit bestimmten Aufgaben beteiligen, ist jedoch mit dem Anspruch Prävention „gesamtgesellschaftlich“ zu verantworten nicht zu vereinbaren. Der Anteil des Bundes, der Länder und der Kommunen ist nicht ersichtlich. Soll Prävention und Gesundheitsförderung tatsächlich als „gesamtgesellschaftliche“ Aufgabe verstanden werden, ist die nationale Präventionsstrategie wesentlich breiter anzulegen und nicht auf Akteure aus Sozialversicherungen zu beschränken.

- **§ 20e SGB V, Nationale Präventionskonferenz**

**Referentenentwurf:** Als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger soll eine Nationale Präventionskonferenz eingerichtet werden, welche die nationale Präventionsstrategie entwickelt, umsetzt und fortschreibt. Eventuell erhalten auch die Privaten Krankenversicherer einen Sitz. Außerdem sind Bund und Länder, die kommunalen Spitzenverbände, die Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und -nehmer beteiligt. Die Geschäftsführung liegt bei der BZgA. Jährlich findet ein beratendes Präventionsforum statt, mit Vertretern der relevanten Präventionsakteure.

**Bewertung:** Die Schaffung einer nationalen Präventionskonferenz ist zu begrüßen. Problematisch ist jedoch, dass die Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie bei nur sehr wenigen Playern liegen soll. Die Entwicklung einer Präventionsstrategie kann nur gelingen, wenn eine Vielzahl von Akteuren auf unterschiedlichen Ebenen beteiligt ist. Deshalb müssen Bund und Länder an der nationalen Präventionskonferenz mit Sitz und Stimme mitwirken. Die Verortung der Konferenz als Arbeitsgemeinschaft der Leistungsträger nach § 20d SGB V reflektiert die Engführung. Die Diakonie schlägt stattdessen vor, die Konferenz bei der BZgA anzusiedeln.

Nicht akzeptabel ist, dass die Zivilgesellschaft (einschließlich der Verbände von Patienten, der Selbsthilfe etc.) an der Strategieentwicklung in der Konferenz nicht beteiligt ist. Um eine Beteiligung der Zivilgesellschaft zu gewährleisten, ist das Verhältnis von Konferenz und Forum anders zu justieren als im Entwurf formuliert. Das Forum ist zudem als arbeitsfähige Kooperationsplattform auszugestalten.

Die Diakonie drängt darauf, dass zumindest die Mitglieder des Präventionsforums an der Präventionskonferenz teilnehmen. Auf diese Weise wird mehr Transparenz und Beteiligung ermöglicht. Sich anlehnd an die Regelungen zu den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 Abs. 6 SGB IX ist zumindest zu formulieren, dass den Anliegen des Forums bei der Ausgestaltung der Präventionsstrategie nach Möglichkeit Rechnung zu tragen ist.

- **§ 20f SGB V, Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie**

**Referentenentwurf:** Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherungsträger schließen zukünftig auf Landesebene Rahmenvereinbarungen zu gemeinsamen Zielen und Handlungsfeldern, Koordinierung der Leistungen, Klärung von Abgrenzungsfragen, Möglichkeiten der gegenseitigen Beauftragung nach SGB X, der Zusammenarbeit zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst und Jugendhilfe und der Mitwirkung weiterer Präventionsakteure. Die Bundesagentur für Arbeit, Träger der Grundsicherung und der öffentlichen Jugendhilfe sowie die Kommunalen Spitzenverbände werden beteiligt.

**Bewertung:** Der Weg, die Zusammenarbeit über Landesrahmenvereinbarungen zu regeln, wird von der Diakonie Deutschland begrüßt. Unklar ist, in welchem Verhältnis die durch Landesrahmenvereinbarungen

gebundenen Träger zu anderen Akteuren im Feld der Prävention stehen. Zu denken ist insbesondere an die Kooperationspartner in den Netzwerken Früher Hilfen. Doppelstrukturen sind auf jeden Fall zu vermeiden.

Über die genannten Versicherungsträger hinaus ist u. a. der Einbezug der Kinder- und Jugendhilfe, des Bildungsbereichs (Schule) sowie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Suchthilfe in die Vereinbarungen wichtig, um Prävention und Gesundheitsförderung regional und sozialräumlich zu verankern. Dazu sind über Landesrahmenvereinbarungen hinaus stabile Kooperationsforen mit Arbeitsstrukturen zu schaffen.

- **§ 20g SGB V, Modellvorhaben**

**Referentenentwurf:** Es können von den in der Nationalen Präventionsstrategie vertretenen Leistungsträgern Modellvorhaben durchgeführt werden, um lebensweltbezogene Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung zu verbessern. Sie sind auf max. 5 Jahre zu befristen und wissenschaftlich zu begleiten.

**Bewertung:** Die Möglichkeit der Entwicklung von Modellvorhaben wird begrüßt.

- **§ 23 SGB V, Medizinische Vorsorgeleistungen**

**Referentenentwurf:** Wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände können Versicherte auch aus medizinischen Gründen in anerkannten Kurorten ambulante Vorsorgeleistungen erhalten.

**Bewertung:** Die Absicht, den Zugang zu medizinischen Vorsorgeleistungen für Menschen aufgrund besonderer beruflicher oder familiärer Umstände zu erleichtern, wird begrüßt. Jedoch ist der eingeschlagene Weg nicht ausreichend. So brauchen pflegende Angehörige auf der Grundlage eines Assessments ein interdisziplinäres Leistungsangebot, das in ein Behandlungskonzept eingebettet ist. Dies kann durch ambulante Vorsorgeleistungen in Kurorten nicht geleistet werden. Die Diakonie Deutschland verweist an dieser Stelle auf die Vorschläge zur Stärkung des Rechtsanspruchs pflegender Angehöriger auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge, die sie in ihrer Stellungnahme vom 07.11.2014 zum Referentenentwurf des GKV-VSG gemacht hat, insbesondere auf das Anliegen, das „gestufte Prinzip“ (kurativ vor ambulant vor stationär) für diesen Personenkreis aufzuheben.

- **§ 25 SGB V, Gesundheitsuntersuchungen**

**Referentenentwurf:** Der Anspruch der Versicherten auf Gesundheitsuntersuchungen wird ausgeweitet: Die bisherige Altersbeschränkung (nach Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres) und die Zweijahresfrist werden aufgehoben, es wird der alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte Fokus der Untersuchung betont sowie eine präventionsorientierte Beratung und Präventionsempfehlung für Leistungen der individuellen Verhaltensprävention formuliert. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere in Richtlinien nach § 92.

**Bewertung:** Es gibt keinerlei Evidenzen, dass eine Ausweitung der Gesundheitsuntersuchungen und darauf bezogene Empfehlungen zur individuellen Verhaltensprävention gesundheitliche Effekte haben. Verhaltenspräventive Maßnahmen haben den größten Erfolg, wenn sie im „Setting“ und zusammen mit settingbezogenen Maßnahmen stattfinden. Werden einzelne Elemente aus dem Lebensstil herausgegriffen, um sie zu verändern, ist mit wenig Erfolg zu rechnen. Weder die ärztliche Ausbildung noch die klassische Arzt-Patienten-Beziehung sind eine ausreichende Grundlage für eine umfassende Präventionsberatung. Es ist schließlich zu bezweifeln, dass allein mit dem neu geschaffenen Leistungsangebot nach § 25 Abs. 1 SGB V die Zielgruppen erreicht werden, die am stärksten von Gesundheitsrisiken betroffen sind.

- **§ 26 SGB V, Gesundheitsuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen**

**Referentenentwurf:** Der Leistungsanspruch von versicherten Kindern und Jugendlichen auf Früherkennung von Krankheiten wird ausgeweitet. Sie umfasst auch die Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklung gefährden, die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und eine darauf bezogene Präventionsempfehlung.

**Bewertung:** Die Ausweitung des Leistungsanspruchs bezüglich der Altersgrenze (nun die Vollendung des achtzehnten Lebensjahres) und die Einbeziehung der psychosozialen Entwicklung in Verbindung mit einer Präventionsempfehlung sind zu begrüßen. Auf diese Weise wird der komplexen, unterschiedlichen Dimensionen von Gesundheit umfassender Entwicklung der Kinder und Jugendlichen gerecht. Die Diakonie Deutschland empfiehlt, bei diesen Präventionsempfehlungen alle systemübergreifenden bzw. integrierten regionalen Angebote der Frühen Hilfen zur Unterstützung von Eltern und ihren Kindern einzubeziehen.

- **§ 65 SGB V, Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

**Referentenentwurf:** Hinsichtlich der Bonusleistungen sieht der Gesetzentwurf vor, dass die Kann- in eine Soll-Leistung verändert wird und Boni zukünftig in Geldform erfolgen.

**Bewertung:** Die Diakonie bezweifelt, dass diese Regelungen die Krankenkassen dazu bewegen, ihre Bonusprogramme auszuweiten. Die Bonusform des Geldes ist eine Engführung, derer es nicht bedarf, sie wird der Komplexität der Bedingungen und Motive menschlichen Gesundheitshandelns sowie gesundheitlicher Belastungen nicht gerecht.

- **§ 132f SGB V, Versorgung durch Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte**

**Referentenentwurf:** Zur Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen können die Kassen Verträge mit Betriebsärzten abschließen.

**Bewertung:** Die Diakonie begrüßt die Einbeziehung der Betriebsärzte in die betriebliche Gesundheitsförderung.

## **B. Artikel 2 Änderungen des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch**

- **§ 31 SGB VI Sonstige Leistungen**

**Referentenentwurf:** Die Träger der Rentenversicherung beteiligen sich an der Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f SGB V mit den in § 31 Abs.1 Nummer 2 benannten medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten.

Die in Abs. 3 formulierte Ausgabengrenze gilt für diese Leistungen nicht.

**Bewertung:** Die Einbeziehung der Rentenversicherung in die Präventionsstrategie bei gleichzeitiger Eingrenzung der Leistungen auf die Sicherung der Arbeitsfähigkeit wird ausdrücklich begrüßt. Dies gilt auch für die finanzielle Sicherung dieser Aufgabe.

## **C. Artikel 3 Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch**

- **§ 14 Grundsatz**

**Referentenentwurf:** Durch die Änderung des § 14 Abs. 3 wird bestimmt, dass die Unfallversicherungsträger an der Nationalen Präventionsstrategie nach §§ 20d bis 20f teilnehmen.

**Bewertung:** Die Beteiligung der Unfallversicherungsträger an der nationalen Präventionsstrategie wird begrüßt.

#### **D. Artikel 5 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

- **§ 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation (neu)**

**Referentenentwurf:** Die Pflegekassen sollen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Fähigkeiten in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen entwickeln und deren Umsetzung unterstützen. Dazu sollen sie im Jahr 2016 0,30 € pro Versicherten ausgeben. Dieser Betrag ist in den Folgejahren entsprechend der Änderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV anzupassen. In Umsetzung der genannten Aufgaben sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenartenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. Des Weiteren sollen sie sich an der nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d bis 20f SGB V beteiligen. Im Rahmen ihres Leistungsrechts haben sie auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit „ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation....“ in vollem Umfang einzusetzen.

**Bewertung:** In der Gesetzesbegründung wird betont, dass für die „Lebenswelt der pflegerischen Versorgung ( ) der Satz 1 somit gegenüber der in § 20 Abs. 4 und 2 und § 20a des Fünften Buches festgelegten Verpflichtung der Krankenkassen zur Erbringung von Leistungen zur Prävention in der Lebenswelt eine spezielle Vorschrift (enthält)“. Das bedeutet, dass spezifische Aufgaben der Krankenkassen der Pflegeversicherung übertragen werden. Dies ist vor dem Hintergrund des spezifischen Auftrags der Pflegeversicherung einerseits, ihres Teilleistungscharakters andererseits, nicht akzeptabel.

Von den vorgesehenen Leistungen der Pflegeversicherung würden ausschließlich Personen profitieren, die in teilstationären oder stationären Einrichtungen gepflegt werden, während die in der eigenen Wohnung lebenden pflegebedürftigen Versicherten diese Leistungen nicht in Anspruch nehmen könnten. Es ist nicht nachvollziehbar, warum diese präventiven Leistungen auf den vollstationären oder teilstationären Bereich beschränkt sein sollen. Gerade bei der primären Prävention im Bereich der Pflege geht es darum, dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit vorzubeugen und die Menschen dort zu erreichen, wo sie leben. Wir machen an dieser Stelle auf die Konzepte der präventiven Hausbesuche aufmerksam, die dazu dienen können, in ihrer Selbständigkeit eingeschränkte, von Pflegebedürftigkeit bedrohte oder pflegebedürftige Menschen das Leben im angestammten Wohnumfeld so lange wie sie es möchten zu ermöglichen. Das Kernelement des präventiven Hausbesuchs ist die Beratung von Personen in ihrer häuslichen Umgebung zu Gesundheit, Krankheitsvermeidung und selbständiger Lebensführung ist.

Schließlich ist zu betonen, dass die im Entwurf formulierten Leistungen weder zwischen der gesundheitsförderlichen Gestaltung des Settings Pflegeheim und individualpräventiven Maßnahmen unterscheiden, noch konzeptionell mit pflegerischen Aufgaben verbunden werden. Vor diesem Hintergrund ist die Einbeziehung der Pflegekassen in den Kreis der Sozialleistungsträger, die sich an der nationalen Präventionsstrategie beteiligen, abzulehnen.

Die Diakonie Deutschland schlägt vor, die Umsetzung von Leistungen der nichtmedizinischen Prävention und Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen in Modellprojekten zu überprüfen. Sie setzt sich ferner dafür ein, modellhaft Konzepte des präventiven Hausbesuchs für pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen zu erproben.

Die Formulierung in § 5 Abs. 6 zum Einsatz medizinischer Rehabilitation ist missverständlich, da sie auch so gelesen werden kann, als erbringe die Pflegekasse Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Dies ist klarzustellen.

- **§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

**Referentenentwurf:** Die Feststellungen sollen auch Aussagen zum Beratungsbedarf hinsichtlich der Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V machen. Hier und in § 18a wird die Rehabilitationsempfehlung durch eine „Präventionsempfehlung“ ergänzt.

**Bewertung:** Auch an dieser Stelle ist zu betonen, dass Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention in der Regel nur eingebettet in den „Settingansatz“ Sinn machen. Wir verweisen auf unsere Argumente im allgemeinen Teil der Stellungnahme und in den Ausführungen zu § 1 SGB V.

- **§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen**

**Referentenentwurf:** Pflegekurse sollen nun auch neben der Minderung der körperlichen und seelischen Belastungen „ihrer Entstehung vorbeugen“.

**Bewertung:** Nach Auffassung der Diakonie ist diese geringfügige Veränderung des § 45 nicht ausreichend. 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 sollte in einen individuellen Rechtsanspruch des Versicherten bzw. seiner Angehörigen umgewandelt werden. Die Inanspruchnahme der Leistung wird gegenwärtig erschwert, weil es einer gesonderten Vereinbarung zwischen dem ambulanten Pflegedienst und der jeweiligen Pflegekasse des Versicherten bedarf. Neben der Einführung einer Leistungsverpflichtung gegenüber den Versicherten soll daher ein Kontrahierungsanspruch für die Leistungsträger mit allen zugelassenen ambulanten Pflegediensten, welche die Leistungen 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.